Dr. Th. Becker

Einführung in die Psychiatrie

Vierte Auflage

Leipzig.
Georg Thieme


Ex-libris
Charles Atwood
Kofoid

EINFÜHRUNG

IN DIE

PSYCHIATRIE.

Mit spezieller Berücksichtigung

der

Differentialdiagnose

der einzelnen Geisteskrankheiten.

VON

DR. TH. BECKER.

VIERTE VERMEHRTE UND VERÄNDERTE AUFLAGE.

LEIPZIG 1908.

VERLAG VON GEORG THIEME.

Vorwort.

Der Zweck und Grundgedanke der nachfolgenden „Einführung in die Psychiatrie“ ist derselbe geblieben, wie bei ihrem ersten Erscheinen. Mit kurzen Worten, in knapper Form, mit besonderer Hervorhebung der differentialdiagnostischen Merkmale soll ein Bild der häufigeren Formen und Erscheinungsweisen der psychischen Erkrankungen gezeichnet werden, das sich dem Leser möglichst plastisch einprägt. Es soll dem Studenten ein Vorbereitungsmittel zum erfolgreichen Besuche der psychiatrischen Klinik sein, ihm zum Verständnis des dort Vorgetragenen verhelfen. — Es mußte bei der vorigen und vor allem bei dieser Auflage eine wesentliche Erweiterung eintreten. Manch freundliches Anerkennungswort hat mir gezeigt, daß das Büchlein auch außerhalb des Leserkreises, für den es von vornherein bestimmt war, sich Freunde erworben hat, daß es vielfach auch von seiten approbierter Ärzte und Physikatskandidaten aufgeschlagen wird, um kurz die Erinnerung an das in den großen Lehrbüchern Gelernte aufzufrischen. So war ich bemüht, den Fortgeschritteneren durch Andeutungen

die Erinnerung an kompliziertere klinische Fälle und deren Analyse zu wecken, ebenso wie hierdurch wieder der Studierende zum Studium größerer Werke angeregt werden soll.

Die im letzten Jahrzehnt erreichten mannichfachen Klärungen in der Auffassung psychischer Erkrankungen bedingten eine Reihe wesentlicher Änderungen und Erweiterungen.

Die Änderungen in dieser Auflage sind im wesentlichen ein Niederschlag der Erfahrungen, die ich meiner fünfjährigen Tätigkeit als ordinierender Sanitätsoffizier der Station für Nervenkranke des Garnisonlazaretts I Straßburg und meinem bisher zweijährigen Kommando zur Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen verdanke. Herr Professor Sommer hat in liebenswürdigster Weise die Verwertung meiner hiesigen klinischen Erfahrungen angeregt. —

Möge es auch der neuen Auflage gelingen, der Psychiatrie mehr Freunde zu verschaffen, den Anfänger zum Verständnis der großen Lehrbücher zu bringen, das Interesse an unserer Wissenschaft lebendiger zu machen.

Inhalt.

I. Allgemeiner Teil.

Einleitung.

Die Psychiatrie ist die Lehre von den krankhaften Vorgängen und Zuständen des menschlichen Seelenlebens und deren Behandlung. — Doch was begreift das Wort „krankhaft“ in sich, wo soll die Grenze zwischen dem Gebiet des Krankhaften und des Gesunden liegen?

Hier müssen wir bekennen, wir haben keine bestimmte Grenze geistigen Gesund- und Krankseins, wir haben trotz aller verfeinerter Untersuchungsmethoden keinen zweifellos sicher bestimmenden Grenzstein oder ein Merkmal, von dem jenseits und diesseits das Gebiet des Normalen und Pathologischen sich befindet. Aus der Ausführung im einzelnen an späterer Stelle wird dies sich ergeben, es wird auch daraus klar werden, warum dies gar nicht anders sein kann. Beide Gebiete gehen langsam und unvermerkt ineinander über und erst, wenn die unsichtbare Grenze schon ziemlich beträchtlich überschritten ist, können wir mit Bestimmtheit sagen, das ist krankhaft und jenes spricht für geistig gesundes Verhalten. — Kurz mag hier erwähnt sein, daß die Diagnose geistigen

Gesundseins eine ungemein schwierige ist, daß man dem praktischen Arzt nur dringend raten kann, bei der Diagnose, daß kein psychisch abnormer Zustand vorliege, vorsichtig zu sein, vor allem aber kein dementsprechendes Zeugnis nach etwa einer oder mehreren Sprechstundenuntersuchungen abzugeben, zumal wenn keine Akten vorliegen. Die dies Nachsuchenden haben meist einen ganz bestimmten Zweck, suchen mit diesem Zeugnis etwas zu erreichen, etwa Aufhebung eines gerichtlichen Entmündigungsbeschlusses und ähnliches mehr; nach vielfacher Erfahrung sind diejenigen, die durch Sprechstundenuntersuchung von einem praktischen Arzt ihre geistige Gesundheit bescheinigt haben wollen, fast ausnahmslos psychisch abnorme Personen, größtenteils dissimulierende Paranoiker.

Die moderne Irrenheilkunde stützt ihre Diagnosen — und damit Prognosen — nicht auf augenblickliche Zustandsbilder eines Kranken, da die tägliche Erfahrung zeigt, daß bei wesensverschiedenen geistigen Erkrankungen äußerlich sich außerordentlich ähnelnde Krankheitsbilder vorhanden sind; wie später des Näheren gezeigt werden soll, ist die Durchforschung des ganzen Lebens der Kranken, des Krankheitsverlaufs und des körperlichen Befundes nötig, um zu einem wissenschaftlich begründeten Urteil zu kommen, während in allerdings vergangenen Zeiten auch der Irrenarzt mit der Diagnose „Tobsucht“ oder „Religiöser Wahn“ sich begnügte.

Zwei kurze Beispiele mögen zur Veranschaulichung des Gesagten dienen. Einem manisch Kranken gleicht in seiner heitern Stimmung, in der aufgehobenen

Hemmung, dem beschleunigten Gedankenablauf mit äußerlichen Assoziationen (vielfach nach Klang und Reim), der größeren motorischen Unruhe und Erregtheit ein junger Mann im Kreise seiner Zechbrüder. Aber wir halten nicht darum, weil die Symptome akuter Alkoholvergiftung in einem gewissen Grade und der Manie sich erheblich ähneln, beide Zustände für identisch, also den Halbberauschten nicht für geisteskrank im eigentlichen Sinn. Daß durch die Alkoholwirkung dabei ein an und für sich psychisch abnormer Zustand entsteht, wird hierdurch nicht berührt. —

Es ähnelt ferner dem Melancholiker in seiner traurigen Verstimmung, seiner Unlust und Hemmung, seiner Unfähigkeit zu freudigen Stimmungen und Affekten der unvorbereitet von Schicksalsschlägen hart Getroffene. Ja, es kann die Ähnlichkeit zwischen beiden Zuständen so groß sein, daß in manchen Fällen von mäßiger Depression nur eins den Ausschlag gibt, ob der Zustand noch als normal oder als pathologisch aufzufassen ist: ist die traurige Verstimmung durch äußere Verhältnisse genügend begründet oder nicht. Auch kann ja durch einen äußeren, traurig stimmenden Anlaß eine traurige Verstimmung ausgelöst sein, die durchaus ins Gebiet des Krankhaften gehört, eine psychogene Depression. Wir sehen dann die natürliche Reaktion des Gesunden nach Dauer und Intensität verstärkt und erkennen eben hieraus das Krankhafte. Übrigens hat das Volk im allgemeinen ein ganz gutes Verständnis für derartige ins Gebiet des Krankhaften fallende Zustände von trauriger Verstimmung

nach äußerem Anlaß, weiß sie von der physiologischen Trauer gut zu unterscheiden. — Wir sehen auch hieraus, daß nicht in äußeren Zeichen und einzelnen Symptomen der Entscheid gesucht werden muß, ob ein Geisteszustand normal oder krankhaft ist, da die Symptome in beiden Zuständen sich so sehr ähneln können.

Es ist zur Bestimmung eines psychischen Krankheitsbildes also eine sorgsame Analyse nötig; nach wiederholter eingehender und systematischer Untersuchung und Feststellung der psychischen und somatischen Symptome müssen diese analysiert und gruppiert werden unter Abwägung der nosologischen Bedeutung der Einzelnen. Nur hierdurch, auch unter Berücksichtigung von vorn herein nicht auffallender Symptome, die oft erst durch experimentelle Prüfung dargestellt werden müssen, kommt man zu einer einwandfreien Diagnose der Art einer psychischen Störung und damit gewöhnlich auch zu einer prognostischen Anschauung. —

Die Psychiatrie war in früherer Zeit ein Teil der Lehrgegenstände des innern Klinikers. Erst in den letzten Dezennien hat sie sich überall die Rolle eines besonderen Lehrfaches erringen können, zumal seit Beginn dieses Jahrhunderts, seit sie obligatorischer Prüfungsgegenstand ist. Aber schon aus der Tatsache, daß sie der innere Kliniker mit vortrug, gehen eine Reihe innerer Beziehungen zu seinem Lehrfache hervor.

So ist allbekannt, daß bei gewissen fieberhaften Erkrankungen, wie Typhus, Meningitis, Variola (also

besonders Infektionskrankheiten), aber auch bei chronischen Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, der Nieren psychische Alterationen beobachtet werden. Noch enger sind die Beziehungen zu den Nervenkrankheiten; multiple Sklerose, Paralysis agitans, Tabes dorsalis usw. gehen mit seelischen Veränderungen einher. Noch wichtiger ist aber die Rolle der Neurosen, der psychisch-nervösen Erkrankungen, Chorea, Neurasthenie, Epilepsie und Hysterie. Ohne psychiatrische Erfahrung ist die Erkenntnis dieser Krankheitsformen lückenhaft, kommen in der Behandlung ganz wesentliche Fehler vor. Diese psychisch-nervösen Zustände bilden recht eigentlich das Grenzgebiet zwischen dem innern Kliniker und dem Psychiater. In diese Klasse fällt vor allem die große, symptomatisch so mannigfaltige Gruppe der nach Unfällen auftretenden Nervenkrankheiten. Ohne psychiatrische Kenntnisse wird leider so häufig bei so mancher schwerer psychisch-nervöser Erkrankung nach Trauma mit ihrem eintönigen subjektiven Symptomenkomplex der Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Abgeschlagenheit, Arbeitsunfähigkeit die Diagnose auf Simulation oder doch Aggravation gestellt, während eingehende neurologisch-psychiatrische Untersuchung den Beweis schwerer Erkrankung ohne wesentliche Schwierigkeit hätte erbringen können. Welche Verschlimmerung des Zustandes — abgesehen von der rechtlichen Benachteiligung — hierdurch entstehen kann, sei nur angedeutet.

Durch ihr Eingreifen in die sozialen Verhältnisse gebührt der Psychiatrie eine Stellung, die sie von den

anderen Zweigen der medizinischen Wissenschaft durchaus unterscheidet. Der Geisteskranke untersteht besonderen Rechtsverhältnissen, ist nicht fähig, über sich und andere zu disponieren, da ihm meistens die freie Willenstätigkeit fehlt oder da sie wenigstens verändert ist; er ist auch für Taten, die sonst vor dem Strafrichter entschieden werden, nicht zur Verantwortung zu ziehen. — Gerade in der Neuzeit beansprucht die Psychiatrie durch ihr Eingreifen in forensische Fälle eine immer größere Bedeutung. Und wir können wohl sagen, dadurch zum großen Teile, daß die Frage der zweifelhaften Geisteszustände für den Richter eine so eminente Bedeutung zur Beurteilung eines Rechtsfalles gewonnen hat, hat diese Spezialwissenschaft in den letzten Jahrzehnten einen so wesentlichen Aufschwung genommen, indem immer und immer wieder die Aufmerksamkeit des Forschers auf die Grenzzustände der geistigen Gesundheit und Krankheit, sowie auf die Betrachtung des ganzen Lebenslaufes manches Erkrankten als einer fortgesetzten Krankheitsgeschichte, gelenkt wurde.

Und diese juristische Frage nach der geistigen Gesundheit eines Menschen und damit nach seiner Verantwortlichkeit für Straftaten hat zu einer weiteren Erkenntnis, oder vielmehr zur genaueren Erforschung und zum Ausbau einer schon vorher bekannten Tatsache geführt.

Es hat sich herausgestellt, daß es eine Klasse Menschen gibt, die als nicht unbedingt geistig gesund, als nicht unbedingt für ihre Handlungen verantwortlich zu betrachten sind. Dazu gehören die von Koch so

genannten „psychopathisch Minderwertigen“, die gerade in jenem Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen. Wenn sie auch entschieden nicht im Vollbesitz der geistigen Kräfte sind, können wir sie andererseits noch nicht zu den Geisteskranken im Sinne des Gesetzes rechnen mit all den rechtlichen und gesellschaftlichen Folgen solcher Erklärung.

Die Gebiete geistiger Gesundheit und Krankheit gehen eben, wie erwähnt, ohne Grenzscheide in einander über, ebenso wie vielfach ein deutlicher Übergang von körperlicher Gesundheit und Krankheit nicht festzustellen ist.

Nun ist der Vorschlag gemacht worden, zwischen den Gebieten der geistigen Gesundheit und Krankheit ein Gebiet der zweifelhaften Geisteszustände einzuschalten, worunter auch die Klasse der „psychopathisch Minderwertigen“ fallen müßte.

So bestechend dieser Vorschlag namentlich in seiner rechtlichen Seite ist, dadurch daß dieser Menschenklasse eine verminderte Zurechnungsfähigkeit zuzurechnen wäre, so verdoppeln sich die praktischen Schwierigkeiten, indem hierdurch wieder zwei neue Grenzgebiete geschaffen würden.

Darum ist es so oft allein der praktischen Erfahrung und dem mehr oder weniger großen psychiatrischen Scharfblick des betreffenden Sachverständigen anheimgestellt, wie er sein subjektives Urteil abgeben will. Und hierdurch erklärt sich teilweise der leider so häufig sich völlig widersprechende Entscheid der gerichtlichen Sachverständigen, der natürlich das Laienpublikum, das die Schwierigkeiten nicht kennt und

nicht erkennen kann, stutzig und gegen die Irrenärzte voreingenommen macht.

Die neuere Psychiatrie, als eine empirische Naturwissenschaft, sieht völlig ab von mystischen Erklärungen der „Psyche“ und hält sie für eine Funktion des Gehirns und zwar speziell der Großhirnrinde. Wir suchen darum auch bei den krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens nach anatomischen Veränderungen im Gehirn zu deren Erklärung.

Nun hat sich aber durch vielfache und genaue Untersuchungen herausgestellt, daß anatomisch post mortem oft durchaus keine konstante und für die betreffende Psychose charakteristische Veränderung in der Gehirnrinde nachweisbar ist. Daraus ziehen wir nun nicht den Schluß, daß nicht die Gehirnrinde der Sitz der Psyche sei, sondern den, daß unsre heutigen Untersuchungsmethoden noch nicht ausreichend sind zur Erkennung der krankhaften Veränderungen, resp. den, daß wir mit unsern Methoden Störungen, die intra vitam bestanden haben, post mortem noch nicht nachweisen können.

Die größere Mehrzahl der psychischen Erkrankungen gehört zu den heutzutage noch sogenannten „funktionellen Psychosen“, bei denen wir eine — nur noch nicht nachweisbare — Ernährungsstörung der Hirnrinden-Zellen und der Assoziationsfasern als Ursache annehmen müssen. Und nur bei einer kleineren Reihe von Geisteskrankheiten, bei den sogenannten „organischen“ Erkrankungen, finden wir konstante, regel-

mäßig wiederkehrende anatomische Veränderungen im Zentralorgan.

Aber ohne Zweifel bestehen oder bestanden wenigstens intra vitam auch bei den funktionellen Psychosen pathologische Verhältnisse in den Rindenzentren, Zustände, über die wahrscheinlich die Mikrochemie noch bemerkenswerte Aufschlüsse zu geben im stande ist. Und vermutlich gibt gerade die Psychiatrie dem forschenden Menschengeiste noch viele lösbare Probleme, die Psychiatrie, die heute noch vielfach als Stiefkind in der Reihe der medizinischen Fächer betrachtet wird.

Ursachen der geistigen Erkrankungen.

Wodurch entstehen die geistigen Erkrankungen? Die Wissenschaft kennt eine große Reihe von Einflüssen, die mehr oder weniger schädigend auf das Gehirn bezw. das Seelenleben des Menschen einwirkend, Geisteskrankheiten hervorrufen können.

In früherer Zeit galten seelische Ursachen als Hauptgrund zur Entstehung von Geisteskrankheiten. Die heutige Wissenschaft steht auf einem andern Standpunkt, erkennt diesen Grund nur selten als alleinige Ursache an, da bei genauerer Nachforschung sich fast regelmäßig noch andre, teils auf körperlichem, teils auf seelischem Gebiete liegende Krankheitsursachen auffinden lassen.

Wir dürfen uns nicht damit genügen lassen, eine Schädlichkeit irgend welcher Art als sogenannte Ursache aufzufinden; es ist das ganze Leben des Kranken nicht nur, auch die Lebensverhältnisse der Verwandt-

schaft sind zu untersuchen. Und nicht selten finden wir hierbei, daß die angeschuldigte „Ursache“ nebensächlich, fast bedeutungslos ist, im günstigsten Falle die Rolle des auslösenden Moments spielt.

Es entspricht einem tief innerlichen Zug des menschlichen Seelenlebens, daß nach der Ursache von Ereignissen und Vorgängen geforscht wird. In neuerer Zeit ist mit der Unfallsgesetzgebung dieser Zug zur Erforschung der Ursachen noch allgemeiner geworden, nachdem der Einfluß von Verletzungen auf die Gesundheit mehr beachtet wird, da eine solche Feststellung ja von erheblicher pekuniärer Tragweite sein kann. So kann es nicht weiter wunder nehmen, daß bei einer großen Zahl unserer Kranker die Verwandten fest davon überzeugt sind, daß das Ausbrechen der zur Verblödung führenden Epilepsie durch einen Fall aus dem Kinderwagen auf den Kopf, daß die geistige Veränderung des früher regen und tüchtigen Halberwachsenen durch Mißhandlung eines Lehrers, daß die Erkrankung des Rekruten durch handgreifliche Neckereien seiner Kameraden oder durch die ungewohnten Anstrengungen des Militärdienstes verursacht seien. Und in allen diesen Fällen handelt es sich doch um zweifellos endogene Erkrankungen. —

Wir teilen im allgemeinen, ohne daß gerade hierbei eine ganz scharfe Trennung möglich ist, die Ursachen der Geisteskrankheiten in innere und äußere.

Als innere Ursachen bezeichnen wir nur die, welche in der Eigenart des betreffenden Individuums begründet sind. Sie sind wieder verschiedener Art.

Nach dem Gesetz der Vererbung hat der Mensch

schon in seiner Anlage eine Summe von charakteristischen Eigenschaften des Körpers und der Seele, er ist ein Produkt seiner Vorfahren, deren Eigenart noch vielfach in seinem Wesen erkennbar ist.

So sehen wir, wie einerseits besondere Talente, so andrerseits auch krankhafte Erscheinungen im Seelenleben der Nachkommen wiederkehren. — Eine der Hauptursachen der Geisteskrankheiten ist also die **Erblichkeit**. Die Frage nach der Art, nach dem Geschehen der Vererbung von krankhaften Geisteszuständen erscheint ja noch nicht gelöst; über die Tatsache selbst kann keinerlei Zweifel bestehen, sie entspricht einer dem Psychiater alltäglichen Erfahrung, ist ja auch in das Volksbewußtsein übergegangen.

Sicherlich müssen wir bei einer wesentlich größeren Prozentzahl von Geisteskranken „erbliche Belastung" annehmen, als nur bei denen, deren Belastung bekannt geworden ist; alle darüber angegebenen Zahlen sind somit als Minimalzahlen aufzufassen. Bei geschickter persönlicher Exploration findet man häufig krankhafte Familienanlage, abnorme Persönlichkeiten in der Familie auch dann, wenn die Fragen nach hereditärer Belastung verneinend beantwortet waren. Wir pflegen uns die nähere und weitere Verwandtschaft namentlich nennen zu lassen und konnten dann häufig solche Züge, die auf familiäre Veranlagung deuten, feststellen, wenn die Angehörigen durch die Nennung des betreffenden Familienmitgliedes eine gewissermaßen optische Vorstellung des Betreffenden und seines ganzen Wesens hatten, woran sie vorher bei der allgemein gehaltenen Frage nicht gedacht hatten. Aber auch aus andern Gründen

geht hervor, daß die Zahlen über erbliche Belastung Minimalzahlen sein müssen, wenn man erwägt, wie gering in manchen Gegenden infolge der Freizügigkeit und des örtlichen Wechsels der Bevölkerung die Kenntnis von der Verwandtschaft und deren psychischer Eigenart ist, wie vielfach bei unehelich Geborenen über den Vater und dessen Verwandtschaft in psychischer und nervöser Beziehung nichts oder fast nichts bekannt ist u. dergl., ganz abgesehen davon, daß wir oft genug, auch in gebildeten Ständen, absichtlichem Verschweigen begegnen.

Weiter ist von Wichtigkeit die Kenntnis des Begriffs der latenten Veranlagung. Es kann durch die Keimelemente die Disposition zu nervös-psychischer Erkrankung übertragen werden, ohne daß der Betreffende selbst in irgend einer Weise auffällt oder aufgefallen ist. Auch dies entspricht der allgemeinen Erfahrung, daß nicht jedes Glied einer Familie krankhafte Zeichen aufzuweisen braucht; manchmal überspringt die geistige Degeneration eine Generation, es findet also Vererbung von den Großeltern auf die Enkel statt, oder die Geschwister von endogen geistig Erkrankten können im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sein, ohne jemals auch nur das geringste Zeichen psychischer Abnormität geboten zu haben. Und doch kann auch durch sie die unglückliche Familienanlage sich weiter vererben, so daß ihre Nachkommen an endogenen, also nur durch die krankhafte Anlage bedingtem Irresein erkranken können. Oft genug zeigen jedoch die Abkömmlinge aus solch belasteten Familien Zeichen ihrer psychischen Eigenart, wie große Reiz-

barkeit, Ermüd- und Erschöpfbarkeit, Unfähigkeit zur Konzentration, sprunghaftes, unstätes Wesen, die sie deutlich als „Hereditarier" kennzeichnen und die zu besonderer Vorsicht in Berufswahl, Lebensführung, Vermeiden von Exzessen u. dergl. bestimmen müssen, um ihrer Veranlagung ausgleichend zu begegnen, prophylaktisch einem Ausbrechen wirklicher psychischer Störung entgegenzuarbeiten.

Unter den Zuständen bei den Vorfahren und den Blutsverwandten Geisteskranker, die erfahrungsgemäß auf eine geringwertige geistige Anlage hindeuten, befinden sich außer echten Geisteskrankheiten Nervenleiden aller Art, das Vorkommen absonderlicher Charaktere, von Selbstmorden und verbrecherischen Neigungen in der Familie, Trunksucht, die teils selbst Zeichen eines krankhaften Seelenzustandes sein kann, teils die verhängnisvolle Neigung zu schweren Nervenleiden der Nachkommenschaft erzeugt.

Wir müssen also nach diesen Erscheinungen bei den Blutsverwandten forschen. Auch die Häufigkeit des Auftretens von krankhaften Zeichen in der Verwandtschaft ist zu beachten, ohne daß gleichmäßig gültige Gesetze hieraus abgeleitet werden könnten. Bei der weiten Verbreitung der „Nervosität", andererseits weil der Überblick sonst durch zu viel fremdes Blut in der Kreuzung gestört würde, empfiehlt es sich, zu untersuchen, ob in der gesamten Nachkommenschaft der beiderseitigen Großeltern sich psycho- oder neuropathisch Belastete finden. (Nervenleiden etc., die auf traumatische Einflüsse z. B., nicht auf Familienanlage zurückgeführt werden müssen, gehören natürlich nicht

hierher.) Von besonders verhängnisvoller Bedeutung hat es sich erwiesen, wenn sogenannte „gehäufte Belastung“ besteht, sowohl in der väterlichen wie mütterlichen Linie die Disposition zu Nervenleiden vorhanden ist. Es erklärt sich hieraus das vielfache Auftreten von Geistesstörungen in Familien, die vielfach mit einander verschwägert sind, und in Gegenden, wo seit langem Heiraten im engsten Bezirk Sitte sind.

Als besonders ungünstig für die Nachkommenschaft hat sich gezeigt chronischer Alkoholismus des Vaters und psychopathische Veranlagung der Mutter. —

Ferner sehen wir, daß vielfach Psychosen auf der Basis eines schon vorher nicht intakten Geisteszustandes entstehen. Die neuere Psychiatrie betrachtet das ganze Leben des Kranken, um auch in scheinbar gesunden Zeiten eventuell krankhafte Zeichen nachzuweisen. Wir erfahren, daß der Knabe spät sprechen lernte, in der Schule mit Mühe mitkam, daß ein absonderlich verschlossenes Wesen bestanden habe, daß er vielfach den Beruf wechselte. Das Mädchen zeigte sich unordentlich, unwirtschaftlich, liederlich etc. Oder schon in früher Jugend zeigte sich eine abnorme Reizbarkeit des Nervensystems, das schon auf leichte Reize ungewöhnlich stark reagierte, ungewöhnliche Schreckhaftigkeit, leichte und hochgradige Ermüdung schon bei geringfügigen Anstrengungen, andrerseits wieder auffallender Ehrgeiz und Drang sich hervorzutun, große Erregung bei angenommenen oder wirklichen geringfügigen Zurücksetzungen.

Die Widerstandsfähigkeit der Seele und des Körpers zeigt sich Schädlichkeiten gegenüber herabgesetzt; diese

Menschen sind als prädisponiert zu psychischen Erkrankungen anzusehen.

Zu der angeborenen (oder auch erworbenen) psychopathischen Veranlagung treten dann eine oder mehrere der als äußere Ursache von Geisteskrankheiten angenommenen Schädlichkeiten hinzu, als deren Gesamtfolge wir dann die geistige Erkrankung anzusehen haben. Aber auch bei vorher anscheinend völlig intakter Psyche wird plötzliches Auftreten von akuten, schwer einsetzenden Geisteskrankheiten auf Grund jener ätiologischen Momente beobachtet, ebenso wie bei Belasteten ein anscheinend spontaner Ausbruch der Psychose.

Aber weshalb in dem einen Falle, bei mäßiger oder gar nicht vorhandener Prädisposition beim Eintreten einer als Ursache angenommenen, wenn auch physiologischen Schädlichkeit, wie z. B. der Schwangerschaft, eine schwere Psychose ausbricht, während in dem anderen Falle, wo schwere Prädisposition jeder Art, wie gehäufte erbliche Belastung und psychopathische Konstitution, vorliegt, auch beim Hinzutreten mehrerer jener Schädlichkeiten auch nicht die geringste psychische Änderung eintritt, ist für uns noch ein ungeklärtes Rätsel, ebenso wie jenes, weshalb in zwei anscheinend gleichen Fällen hier diese, dort jene Form der Geisteskrankheiten ausbricht.

Bezüglich der Form der Psychosen, die bei erblich Belasteten beobachtet werden, ist zu bemerken, daß besonders häufig die sogen. degenerativen Psychosen auftreten, die Formen des jugendlichen Verblödungsirreseins (des primären Schwachsinns, der Dementia praecox); ferner alle Formen angeborner psychischer Schwäche-

zustände von tiefster Idiotie bis zum leichten Grad noch physiologischer Beschränktheit und sogenannter psychopathischer Konstitution. Daß aus Epileptikerfamilien vielfach wieder Epileptiker entspringen, ist allgemein bekannt. Ebenso sind die Nachkömmlinge von Alkoholikern häufig epileptisch oder angeboren schwachsinnig. Ähnlich liegt es bei der Hysterie. Paranoiker entstammen vielfach Familien, in denen mißtrauische, argwöhnische Lebensauffassung geradezu eine Familieneigentümlichkeit ist, sodaß die echte Psychose dabei als Steigerung der allgemeinen Familienveranlagung erscheint.

Die äußeren Ursachen der Psychosen scheiden wir wieder in solche körperlicher und seelischer Art. Gemeinsam haben sie alle, daß sie die Konstitution, die körperliche oder die geistige, schwächen.

Von den körperlichen Ursachen stehen die Gehirnkrankheiten an erster Stelle, besonders die Erkrankungen, welche die Hirnrinde betreffen. Fast bei jeder Erkrankung des Gehirns und seiner Häute sehen wir eine Veränderung im geistigen Wesen des Kranken, ohne daß meist eine scharf umrissene Form einer Geisteskrankheit vorliegt. Wir bemerken meist eine psychische Lähmung, Interesselosigkeit, Stumpfheit, Unorientiertheit, Unbesinnlichkeit, echte Verwirrtheit, die sich bis zur absoluten Bewußtlosigkeit steigern kann. Zu diesen Formen der psychischen Lähmung treten dann meist noch die durch die Erkrankung bedingten und hervorgerufenen Zeichen körperlicher Lähmung. — Eine Erkrankung, die bei tiefgehenden Veränderungen der Rinde mit psychischer Lähmung resp.

Schwächung und ziemlich konstanten und charakteristischen körperlichen Lähmungserscheinungen einhergeht, sehen wir in der Dement. paralyt.

Auch bei der multiplen Sklerose fehlen selten psychische Änderungen. Veränderungen der Blutzirkulation im Gehirn, Anaemie und Hyperaemie, Stauungen und Druckerscheinungen durch Ergüsse wie durch Ausschwitzungen sehen wir von psychischer Alteration gefolgt.

Vielfach sehen wir ferner Nervenkrankheiten mit psychischen Störungen vergesellschaftet. Eine gemütliche Änderung wird bei Chorea wohl niemals vermißt; wie häufig Epilepsie und Hysterie von wirklichen Seelenstörungen begleitet sind, weiß auch der Laie. Ja, gerade diese Nervenleiden prägen dem Charakter vielfach eigene Züge auf, als Zeichen der tiefgreifenden Änderung des psychischen Lebens durch diese Nervenkrankheiten, bezüglich die tieferen Ursachen beider Krankheiten.

Vielfach muß die Entstehung von Geisteskrankheiten auf körperliche Erkrankung, besonders fieberhafter Art, zurückgeführt werden. Nicht zu selten schließen sich an die Delirien bei Typhus und Pneumonie — also an Zeichen krankhafter Geistestätigkeit — wirkliche Psychosen an, die durchaus nicht mit der Heilung der ursprünglichen Krankheit verschwinden. Von anderen fieberhaften Erkrankungen, die nicht selten den Geisteskrankheiten vorangehen, seien Gelenkrheumatismus und Influenza, die exanthematischen Erkrankungen und Diphtherie erwähnt. Auch bei chronischen Erkrankungen, wie Herzkrankheiten, Nieren-

erkrankungen, Tuberkulose etc., werden psychische Krankheiten beobachtet, die zum Teil auf Ernährungsstörungen, großenteils aber wohl sicher auf Gift- (Toxin-) wirkung zurückzuführen sind. Hier sind besonders die auf Autointoxikation beruhenden, meist rasch entstehenden und verlaufenden Psychosen bei Uraemie und Diabetes zu erwähnen. Auch die meisten, mit Fieber einhergehenden sogen. Puerperalpsychosen dürften auf Intoxikation mit bakteriellen Giften zurückzuführen sein. Auch die Stoffwechselkrankheiten und Schilddrüsenentartung erweisen sich manchmal als verhängnisvoll. Daß beim Morbus Basedowii meist psychische Veränderungen vorliegen, ist ja bekannt; auf die Veränderungen der Schilddrüse beim Myxoedem und dem Kretinismus sei hingewiesen.

Auch andre chemische, metallische und organische Gifte erzeugen Geisteskrankheiten. Es sei hier Opium, Morphium, Cocaïn, Veronal, Quecksilber, Blei, Brom, Chloral, Antipyrin, Chloroform und Aether erwähnt, an die sich mehr oder weniger typische, zum Teil auch charakteristisch für das betreffende Gift gefärbte Psychosen anschließen. Wie häufig Alkohol seinen schwächenden und verderblichen Einfluß auf den Seelenzustand ausübt, ist leider nur zu bekannt, vielleicht im Publikum nur noch nicht bekannt genug.

Eine Krankheit, der von jeher die besondere Aufmerksamkeit der Irrenärzte gegolten hat, ist die Syphilis; obgleich wohl in manchem Falle die als Krankheitsursache angesehene Lues, wenn überhaupt, nicht die einzige Ursache der Erkrankung war. Aber es

scheint doch festzustehen, daß besonders oft frühere Lues, die oft in leichter Form aufgetreten war, nach 1 bis 2 Dezennien als Ursache der Paralyse anzusehen ist, wie dies bei der verwandten Nervenkrankheit, der Tabes, wohl von den meisten anerkannt wird. Bei keiner Krankenuntersuchung darf darum die genaue Erforschung einer eventuellen Lues (da deren Feststellung ja auch noch bestimmend für die Behandlungsart sein kann) unterlassen werden.

Aber auch die allgemein schädigende und schwächende Wirkung der Syphilis auf das Nervensystem darf nicht außer acht gelassen werden. Wir haben Fälle von Psychosen bei Hereditariern beobachtet, bei denen voraussichtlich ohne die cumulierende Wirkung der Syphilis eine Psychose nicht ausgebrochen wäre — selbstredend handelt es sich dabei nicht um Paralyse; nach unserer Auffassung spielte dabei die Syphilis die Rolle des Tropfens, der das Faß zum Überlaufen brachte.

Von physiologisch schwächenden Ursachen ist zu nennen Menstruation, Gravidität, Puerperium und Laktation, sämtlich Zustände, die auf eine wesentliche Mitbeteiligung des Geschlechtslebens zum Zustandekommen geistiger Erkrankungen hindeuten. Und tatsächlich finden wir die meisten psychischen Erkrankungen zur Zeit der Höhe des Geschlechtslebens auftreten, vielfach an geschlechtliche Vorgänge gebunden, wie Menstruation, Schwangerschaft, manche in den geschlechtlichen Übergangszeiten, in der Pubertät und besonders im Klimakterium. Auch dem Gefühle des sexuellen Unbefriedigtseins wird ein gewisser Einfluß

auf die Entwicklung psychischer Störung, meist erotischen Charakters, zugeschrieben.

Als allgemein schwächend, psychisch sowohl wie körperlich, ist sexuelle Ausschweifung und ihre Verkehrung, die Masturbation zu nennen. Auch die Gewohnheiten des Malthusianismus sollen gewisse für das Seelenleben verderbliche Folgen haben.

Als mechanische, vielfach beobachtete Ursachen geistiger Erkrankungen seien Traumen aller Art erwähnt. Vor allem sind es Verletzungen des Kopfes, die — häufig mit einer Gehirnerschütterung einhergehend — Geistesstörungen verursachen; doch auch Verletzungen andrer Körperteile können von geistigen Erkrankungen gefolgt sein. Auch hier finden wir wieder, daß manchmal schwere Kopfverletzungen ohne jeden Schaden ertragen werden, während leichtere andere Verletzungen von unheilvoller Bedeutung sind und das praedisponierte Nervensystem erkranken lassen.

Nicht zu selten haben wir bei unsern Unfallsnervenkranken beobachtet, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen der Schwere und der Prognose der Erkrankung einerseits, der Intensität der Verletzung und der Praedisposition andrerseits bestand; sodaß bei schwerer Disponierten schon ein verhältnismäßig leichtes Trauma einen schweren Symptomenkomplex auslöste mit nachfolgender dauernder erheblicher Erwerbsbeschränkung, während bei nicht oder kaum Belasteten auch schwere Kopfverletzungen keinen dauernden Schaden verursachten; also auch hierbei spricht neben der äußeren Ursache doch das innere Moment der

Veranlagung in wesentlichster Weise für die Krankheitsentstehung und Beurteilung mit.

Als seelische Ursachen kommen psychische Traumen in Betracht, wie Schreck, Angst, Trauer, Unglücksfälle, oder länger wirkende, geistig schwächende Ursachen, wie soziales Elend, Not, Gefangenschaft, Selbstanklagen, Reue etc. Doch scheinen diese von geringerer Bedeutung zu sein als die vorher erwähnten körperlichen und vor allem die inneren Ursachen. Daß das psychische Trauma des Schrecks bei der Aetiologie der Unfallsnervenkrankheiten eine wesentliche, krankheitsauslösende Rolle spielt, ist bekannt, wenn auch nicht alle Fälle so, psychogen, erklärt werden können.

Sonach ist bei jeder Krankenexploration wie bei der Erhebung der Anamnese von Verwandten und Bekannten des Kranken gerade auf die Erforschung innerer Ursachen der Hauptwert zu legen; denn deren Kenntnis, womit die psychische Persönlichkeit oft in ganz anderem Lichte erscheint, gibt uns fast stets wesentliche Hinweise auf den voraussichtlichen Krankheitsverlauf und -ausgang.

Allgemeine Erscheinungen geistiger Krankheiten.

Wir müssen das Seelenleben mit seinen vielfachen Äußerungen als die komplizierteste Funktion des menschlichen Körpers auffassen. Nicht nur feine Veränderungen des Körpers selbst bringt das Seelenleben zum Bewußtsein und Ausdruck, es setzt den Menschen

durch die Verstandestätigkeit, die Schlußfähigkeit in die Mitte der lebenden Welt, läßt uns die Wechselbeziehungen des Individuums zu allem und jedem außerhalb erkennen.

Nach seinen Hauptäußerungen unterscheiden wir praktisch im Seelenleben eine Reihe von Teilerscheinungen; wir sind uns dabei bewußt, daß diese Einteilung eine rein praktische ist, daß die Teilgebiete des Seelenlebens in gesetz- und regelmäßiger Abhängigkeit von einander stehen, daß die Einteilung nicht auf Wesensverschiedenheiten der Funktionen sich bezieht.

Da alle diese einzeln gestört sein können, bezüglich in jeder derselben bei Geisteskranken charakteristische und wichtige Veränderungen vorkommen, so unterscheiden wir Störungen

1) in dem Gefühlsleben,
2) in dem Vorstellungsleben,
3) in dem Triebleben.

Ausdrücklich muß schon hier bemerkt werden, daß Seelenstörungen nach nur einer Richtung des Seelenlebens hin, wenn überhaupt vorkommend, die große Minderzahl bilden. In den meisten Fällen geistiger Erkrankungen sind mehrere jener Richtungen zusammen gestört; erst die Verbindung der Krankheitszeichen jedes einzelnen Gebietes ergibt das gesamte Krankheitsbild. So ist z. B. bei der Melancholie neben der hauptsächlichen Störung, die sich auf das Gefühlsleben bezieht, meist noch das Verstandesleben durch Verlangsamung bis Aufhebung des Gedankenablaufs und das Triebleben durch verminderte Intensität des Wollens mitbeteiligt.

1) Störungen in dem Gefühlsleben.

Im allgemeinen können wir eine expansive und eine depressive Störung des Gefühlslebens unterscheiden.

Ferner kennen wir noch eine Störung des Gleichmaßes in den Stimmungen, die erhöhte Labilität. Wir sehen dann die gemütliche Unstätigkeit. —

Als Gefühle bezeichnen wir die Summe der uns durch unser Nervensystem vermittelten Empfindungen. Gesunde Gefühle werden durch regelrechte äußere, ungesunde (im psychiatrischen Sinn) durch innere krankhafte Empfindungen ausgelöst. Die Summe der uns durch unsere Sinneswerkzeuge zugeführten Empfindungen und Gefühle nennen wir Lust oder Unlust. Die Empfindungen brauchen durchaus nicht über die Schwelle unseres Bewußtseins zu treten, wir brauchen durchaus noch nicht zu bemerken, daß wir angenehme oder unangenehme Empfindungen von außen oder innen her empfangen, um schon den Gesamtkomplex der Empfindungen wahrzunehmen, den wir mit dem Namen „Lust oder Unlust" benennen.

Bei der Störung des Gefühlslebens nach der expansiven Seite hin, sehen wir die Erscheinung erhöhter Lust und freierer, heiterer Empfindung. Da im allgemeinen keine Unlustgefühle zur Empfindung kommen, fallen die sonst im Seelenleben bestehenden Hemmungen in diesem Zustand völlig weg und eben als Reaktion auf dieses Wegfallen ist das erhöhte Lustgefühl anzusehen.

Ein gutes Beispiel leichterer Grade dieser Störung sehen wir im ersten Stadium des Alkoholrausches, das

so viele Ähnlichkeit mit dem Zustand des Maniakalischen bietet.

Der Kranke hält sich für „außerordentlich gesund" in diesem Zustand; es besteht meist nicht die geringste Spur von Krankheitseinsicht.

Das Selbstbewußtsein ist sehr erhöht, der Kranke hält sich in jeder Beziehung für außerordentlich leistungsfähig und greift tatsächlich alles in seiner Umgebung Vorfallende mit großem Interesse auf. Doch dieses Interesse ist nicht konstant, dem Überandrang von sich gegenseitig verdrängenden Gedanken fehlt jegliche Tiefe; alles Erscheinungen, die dem Beobachter als Ausfallserscheinungen auffallen und nicht als Erscheinungen erhöhter Leistungsfähigkeit.

Ein Vergleich mag dies erläutern.

Bei gewissen Rückenmarkserkrankungen finden wir bekanntlich beim Beklopfen der Patellarsehne eine sehr lebhafte Zuckung im Quadriceps und wissen doch, daß die erhöhte Leistung durch krankhafte Prozesse, Unterbrechung der zentrifugal laufenden reflexhemmenden Fasern bedingt ist. Ähnlich, mutatis mutandis, auf psychischem Gebiet.

Eine krankhafte Steigerung der Gefühlsempfindung sehen wir auch nicht selten, wenn Kranke auf gleichgültige Vorkommnisse hin mit heftigen Zornausbrüchen reagieren; es besteht dann die Eigenschaft der Zornmütigkeit. Auch hierbei fehlt die beim Gesunden bestehende Hemmung, der Kranke überläßt sich rückhaltlos seinem an und für sich gesteigerten Empfinden.

Eine expansive Störung des Gefühlslebens finden wir bei der Manie und den manieartigen Stadien

anderer Geistesstörungen, wie z. B. der Paralyse, der Katatonie, im Beginn des primären Schwachsinns (Hebephrenie), der Imbecillität und Idiotie, also meist Formen des erworbenen oder angeborenen Schwachsinns.

Bei den depressiven Störungen des Gemütslebens steht im Vordergrund die Erscheinung der traurigen Verstimmung, als deren psychophysischen Ausdruck wir eine vermehrte und verstärkte psychomotorische Hemmung beobachten, die subjektiv quälend empfunden wird und vielfach in ihrer Gesamtheit das Bild der Unlust erzeugt.

Einfache Herabsetzung des Gefühlslebens sehen wir in den Erscheinungen der Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit. Die Kranken verlieren jegliches Interesse an ihrer Umgebung; alles, was sie vorher interessierte, wird ihnen gleichgültig, um Verwandte, Geschäft, ihre Umgebung kümmern sie sich nicht mehr. — Wir beobachten hier alle Stadien der Interesselosigkeit bis zur völligen geistigen Stumpfheit. Bevor diese ganz in Erscheinung tritt, sehen wir lange noch als einzige Funktion im Empfindungsleben den Egoismus bestehen. Der Kranke hat in diesem Stadium nur noch Interesse für sich und sein materielles Wohlergehen.

Die letzterwähnte Störung finden wir bei allen Schwachsinnsformen, bei den angeborenen wie bei den erworbenen, den Krankheitsformen der Dementia praecox, der Paralyse und dem Altersschwachsinn.

Seinem Inhalt nach depressiv verändert ist das Gefühlsleben bei der traurigen Verstimmung. Ohne

daß eine die Unlust physiologisch begründende Ursache vorliegt, kann der Kranke das Gefühl des Drucks, der Traurigkeit, der Hemmung der psychischen Tätigkeiten, die auf ihm liegt und die häufig ganz genau empfunden wird, nicht von sich abschütteln. Jeder neue Eindruck, der durch seine Sinne ihm zugeführt wird, wird ihm zur Quelle der Unlust; ja gerade Eindrücke, die bei normalem Geisteszustande Lust hervorrufen, bewirken bei diesen Kranken eine wesentliche Vermehrung der Unlust. So kann man nicht selten von verstimmten Kranken unter schmerzlichem Gesichtsausdruck Äußerungen hören, wie: „Wenn ich andre Leute lachen sehe, so werde ich immer noch viel trauriger. Ich kann mich gar nicht freuen.“

Eine weitere Inhaltsstörung des Gefühlslebens ist das Vorhandensein pathologischer Angst. Vor den mehr oder weniger bestimmten Angstvorstellungen sehen wir häufig die anderweitige traurige Verstimmung in den Hintergrund treten; die grenzenlose, übermächtige Angst beherrscht das Krankheitsbild.

Fast ausnahmslos bezeichnet der Kranke die Herzgegend als Sitz des Angstgefühls, nur selten den Kopf. Auch gewisse körperliche Zeichen pflegen bei dem Bestehen der Angst nicht zu fehlen. Blässe und Kälte der Haut, Schwäche der Herzaktion, Regelwidrigkeiten in der Ausscheidung von Kot, Harn und Schweiß. In den höheren Graden steigert sich die unbestimmte Angst bis zur Unfähigkeit zur Wahrnehmung der Umgebung. — Fast stets können wir das Bestehen dieser pathologischen Angst schon aus dem Anblick und dem Verhalten des Kranken erkennen. Unverkennbar ist

die Angst in den verzerrten Gesichtszügen ausgeprägt, vielfach wimmern die Kranken unter Weinen und Händeringen oder irren wie verzweifelt im Saale umher. Am deutlichsten ist dies Krankheitsbild bei der agitierten Form der Melancholie zu beobachten.

Leichtere Grade des Angstgefühles, wenn auch peinigend genug, sehen wir in den Zwangsbefürchtungen auftreten, wie Platzangst etc. und in den mannigfachen Arten der Zwangshandlungen, bei denen die als fremd und krankhaft selbst empfundene Angst und der auf dem Individuum liegende Druck erst schwindet, wenn die oft unsinnige, gelegentlich auch im Widerspruch mit dem Strafgesetzbuch stehende Handlung ausgeführt ist. Als charakteristisch ist hierbei anzusehen, daß mit dem Ausführen der Handlung der Druck schwindet unter dem subjektiv befreienden Gefühl der Erleichterung.

Auch die Gemeingefühle wie Müdigkeit, Hunger, Ekel, Schmerz, Wollust können verändert sein. Der tobsüchtige Kranke spürt bei seinem tagelangen Wüten keinerlei Müdigkeit, verspürt kein Hungergefühl, besudelt sich mit den ekelhaftesten Ausscheidungen etc.

Die traurig verstimmten Kranken haben im Gegensatz zu den heiter verstimmten meist eine gewisse Krankheitseinsicht. Und gerade dies Bewußtsein der vermehrten Hemmung wird von geheilten Kranken als eine der quälendsten Krankheitserscheinungen geschildert, da es sich unablässig und unabweisbar immer wieder in den Gedankenkreis dränge, und so einen circulus vitiosus erzeugt, der oft wohl eine Ursache des Selbstmordversuches bildet. Denn der

Selbstmord ist eine leider gar zu häufige Erscheinung bei den Kranken mit trauriger Verstimmung, da er ihnen der einzige Ausweg aus ihrer sie selbst so sehr quälenden Lage zu sein scheint.

Die Verhütung des Selbstmordes ist die Hauptaufgabe des Arztes bei Kranken dieser Art; denn die Umgebung ahnt ja fast nie etwas von den düstern Absichten des Kranken, während dieser schon lange bloß nach einer günstigen Gelegenheit sucht, um seine selbstmörderischen Gedanken auszuführen. Der Arzt aber muß wissen, daß fast alle traurig Verstimmten Selbstmordgedanken hegen und muß durch Belehrung der Umgebung sowie durch entsprechende Bewachung und Gegenmaßregeln jene Absichten zu verhindern suchen!

Die depressive Störung des Gefühlslebens wird beobachtet bei der Melancholie und in den melancholischen Stadien andrer Psychosen, bei Paralyse und vielfach bei den durch Epilepsie bedingten Geisteskrankheiten. Auch im Verlauf der Paranoia, der Katatonie, der halluzinatorischen Verwirrtheit, der Schwachsinnsformen finden sich fast stets depressive Stadien.

Wir dürfen also nie allein deshalb, weil eine psychische Depression vorliegt, die Diagnose auf Melancholie stellen, wenn nicht sorgfältig unter Berücksichtigung aller differentialdiagnostischer Hilfsmittel das Bestehen andrer Krankheitsformen ausgeschlossen ist, ebensowenig wie wir allein aus dem Bestehen von Tobsucht oder heiterer Erregung eine Manie diagnostizieren dürfen.

Wie gesagt, nur durch Ausschluß der mit in Betracht kommenden andern Krankheitsformen gelangen wir zu einer wissenschaftlich begründeten Krankheitserkenntnis und damit zur Prognose, die gerade bei psychischen Erkrankungen von so wesentlicher und eingreifender Bedeutung für das soziale Dasein des Kranken und seiner Angehörigen ist. —

Wie oben erwähnt, kennen wir noch eine dritte Art der Störung des Gefühlslebens, die Labilität der Stimmung. Diese wird charakterisiert durch den außerordentlich leichten Wechsel der Stimmungen („himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt"), die ohne genügenden äußern Grund in den Extremen sich bewegen; also eine Art Gleichgewichtsstörung.

Es fehlt dem Seelenleben in diesem Falle die schöne Stätigkeit und Ruhe des abgeklärten Charakters. Darum ist dieser Seelenzustand in seinen leichteren Graden (noch physiologisch!) in den Pubertätsjahren so häufig anzutreffen, wo bei dem Auftreten von dunkeln Gefühlen so gern schwärmende Begeisterung auf der einen, wie Weltschmerz auf der andern Seite zu finden ist.

Als das Charakteristische dieses Zustandes erkennen wir den unbegründeten oder nicht genügend begründeten Stimmungswechsel. Bei dem unbegründeten Stimmungswechsel müssen wir wohl annehmen, daß unter der Summe der Empfindungen, die zusammen, ohne uns ins Bewußtsein zu treten, den Begriff der Lust und Unlust ausmachen, eine abnorm große Zahl von unangenehmen Empfindungen vorherrscht. Und eine ähnliche Ursache des Stimmungswechsels müssen wir bei den ungenügend oder nur halbwegs begründeten Fällen annehmen.

Auf einen leichten Reiz reagieren die Kranken in einer ganz unangemessenen Weise; sie wissen bald nicht, wohin mit all ihrem Glück und bald darauf brüten sie in ihrem Unglück die abenteuerlichsten Selbstmordgedanken aus.

Diese labile Stimmung finden wir bei Neurasthenikern, öfters auch bei Epileptikern, besonders aber bei Hysterischen, für deren ganzen Charakter ja die Unstätigkeit geradezu pathognomonisch ist. In seinen höhern Graden sehen wir die Labilität der Stimmung bei Imbecillen, wo gerade der Stimmungswechsel oft das offenbarste Krankheitszeichen ist, bei vielen Alkoholikern und dementen Paralytikern etc.

2) Störungen des Vorstellungslebens.

Die Verstandestätigkeit, das Denken, kann in mehrfacher Weise gestört sein.

Wie wir die Lust bezgl. Unlust als Summe der der Seele zuströmenden Empfindungen bezeichnet haben, so sehen wir in der Verstandestätigkeit die Summe von mannigfachen Sinneseindrücken und deren Verarbeitung.

Der „formale Gedankenablauf“ kann gesteigert und gehemmt sein, Störungen, die mit den entsprechenden Störungen des Gemütslebens oft Hand in Hand gehen. So sehen wir bei der Manie und den maniakalischen Stadien andrer Psychosen zugleich mit der heitern, unbegründet frohen Stimmung der Kranken einen erleichterten Gedankenablauf; die Gedanken strömen den Kranken in ungehemmter Reihenfolge zu, ja während ein Gedanke den Kranken noch

beschäftigt, hat schon ein andrer ihn wieder ergriffen, ein Symptom, das in seinen höheren Graden das Bild der „Ideenflucht“ bildet. Doch ist bei genauer Beobachtung auch bei einem scheinbar so ungeregelten Vorgang, wie der Ideenflucht, eine gewisse assoziative Tätigkeit des Zentralorgans nicht zu verkennen. Der Wortschwall läßt häufig Ähnlichkeit nach Wort und Klang, nach Ort und Zeit erkennen; blitzschnell werden Gegenstände oder Vorgänge der Umgebung erfaßt und besprochen, ebenso schnell gleitet die Aufmerksamkeit, die nicht konzentriert werden kann, auf andre weitere Gegenstände über. Bei der Analyse dieser Assoziationen zeigt sich ein ganz unverhältnismäßiges Vorwiegen sogenannter äußerer Assoziationen, also die erwähnten Gedankenverbindungen, die sich auf Ähnlichkeit des Wortklanges, des Reimes vor allem beziehen, während Assoziationen, die innere, tiefere Eigenschaften z. B. bezeichneten, fast nicht oder gar nicht vorhanden sind.

Auf der anderen Seite wieder sehen wir eine Störung im Ablauf der Gedankenreihen in dem Hemmungszustand der Melancholiker etc.

Wenn auch bei jenen „Gemütskranken“ die Störung des Gefühlslebens das Charakteristische des Krankheitsbildes bildet, so wird doch sehr häufig jene sekundäre Störung des Verstandeslebens beobachtet, die in dem gehemmten und verzögerten Denkprozeß ihren Ausdruck findet. Der Kranke ist unfähig, in gewohnter Weise die Vorstellungs- und Gedankenreihen aneinander zu knüpfen; das Gefühl dieser Hemmung, das Gefühl des über ihm liegenden geistigen Drucks vermehrt wieder sein Unlustgefühl,

und dies wieder verhindert einen normaleren Gedankenablauf. Einen klaren Ausdruck findet diese psychomotorische Hemmung bei Reaktionsversuchen. Die Reaktionszeiten, z. B. schon einfaches Ablesen exponierter Buchstaben, vor allem aber bei Assoziationsversuchen sind so außerordentlich verlangsamt gegenüber dem Verhalten des Gesunden, daß zum Aufnehmen der Reaktionszeiten eine einfache Sekundenuhr genügt. Statt daß z. B. das Ablesen eines exponierten Buchstabens wie normal, 400—500 Sigma (= $^1/_{1000}$ Sekunde) erfordert, haben solche gehemmte Depressive Reaktionszeiten von 2—4 Sekunden und noch wesentlich mehr. Auch bei Unfallskranken habe ich derartige Versuche häufig gemacht und in einer Reihe von Fällen mit durch die Konstanz der stark verlängerten Reaktionszeiten die Echtheit des Krankheitsbildes erweisen können. —

Durch die Verknüpfung der Sinneseindrücke erhalten wir eine Vorstellung von der Außenwelt und von unserer Stellung in ihr, wir erhalten unser Selbstbewußtsein. In den höhern Stadien des Darniederliegens geistiger Funktionen, wo also weder regelmäßig von den Sinnesorganen Rapport über die Außenwelt erstattet wird, noch Gedankenverknüpfungen stattfinden, sehen wir eine Störung des Bewußtseins, die von leichter Trübung des Selbstbewußtseins bis zur völligen Unkenntnis und Unklarheit über sich wechselt.

Unter „Orientiertsein“ eines Kranken bezeichnen wir den mehr oder weniger hohen Grad von Klarheit über sich, seine Lage und seine Beziehung zu der Umgebung. Einfache Fragen, wie „wer sind Sie“, „wo sind Sie“, „was sind das für Leute“ etc. geben

uns einen Einblick in diese Art der Seelentätigkeit. Die Beobachtung eines Epileptikers bei und nach seinem Anfall lehrt uns sehr deutlich die verschiedenen Grade des Bewußtseins erkennen, die absolute Bewußtlosigkeit während des Anfalls, allmählich wiederkehrendes Bewußtsein mit Unorientiertheit über Ort und Lage bis zur völligen Klarheit der Sinne und Seele.

Durch unrichtige und unvollständige Auffassung der Sinneseindrücke sehen wir die Erscheinungen der Dämmerzustände und der Verwirrtheit entstehen. —

Auch durch mangelnde Aufmerksamkeit, d. h. die Unfähigkeit, die Gedanken zu konzentrieren, kann der Gedankenablauf in formaler Beziehung gestört sein. Die Kranken sind nicht imstande, einen Gedanken auszudenken, logisch zu verfolgen, da sich andre, vielleicht gar nicht damit im Zusammenhang stehende Gedankenreihen einschieben, die Aufmerksamkeit so ablenkend.

Bei den angeborenen tiefen Seelenstörungen der Idiotie und der Imbezillität ist entsprechend der tief darniederliegenden Intelligenz häufig eine Verlangsamung des Denkprozesses sogar in dem beschränkten Gedankenkreis jener Kranken zu finden.

Ebenso ist bei den durch Gehirngeschwülste und -Abszesse bedingten seelischen Änderungen oft der ungewöhnlich langsame Ablauf der Vorstellungsreihen auffallend, selbst wenn diese sachlich völlig korrekt erscheinen.

Anzudeuten braucht man wohl bloß, daß das Gehemmtsein im Ablauf der Vorstellungen sich bis zum völligen Darniederliegen der geistigen Funktionen

steigern kann, zu Zuständen, wie sie akut als Stupor und Melancholia attonita, wie sie chronisch in den Endstadien der Paralyse und senilen Demenz, des Jugendirreseins und in den Entwicklungsstörungen der Idiotie etc. zur Beobachtung kommen.

Wesentlicher aber als jene formale Seite des Gedankenablaufs bei den zuletzt erwähnten Seelenstörungen ist der geringe Gedankeninhalt jener Kranken. Von dem weltumfassenden Gedankenkreis Gesunder, die auf alles und jedes ihr Interesse richten, ist hier nichts zu sehen. Jene, wenn man so sagen darf, quantitativ im Seelenleben Geschädigten kennen nichts anderes als einzig und allein das Interesse ihrer Person.

Das von Haus aus mangelhaft veranlagte Gehirn der tiefstehenden Idioten etc. läßt vielfach wohl keine logischen Gedankenverbindungen mehr zu, aber der Kranke hat wenigstens die Empfindung seines Ichs; Wünsche und Begierden leben in ihm. —

Die Summe der früheren Sinneswahrnehmungen und Erfahrungen bezeichnen wir als Gedächtnis. Auch dieses zeigt Störungen mancherlei Art. Amnesie, völlige Erinnerungslosigkeit für einen Zeitraum, deutet auf tiefe Bewußtlosigkeit während dieser Zeit hin. Sie ist ein wichtiges Zeichen des epileptischen Anfalls und des sogenannten epileptischen Äquivalents.

Doch sei schon hier bemerkt, daß völlige Amnesie nicht ein unbedingtes Erfordernis des epileptischen Zustandes ist. Oft genug ist eine gewisse Erinnerung, zum Teil traumhafter Art, für den Anfallszustand und die Geschehnisse während desselben vorhanden.

Erwähnenswert scheint, daß bei manchen Gehirnerkrankungen lokalisierter Art, wie Apoplexien, Tumoren, Abszessen, Teile des Gedächtnisses ausfallen; so kennen wir die Unfähigkeit, gesprochene Worte trotz erhaltener Hörfähigkeit zu verstehen (= sensorische Aphasie), kennen die Unfähigkeit, die zur Sprache nötigen Bewegungen zu erzeugen trotz gut erhaltener Bewegungsfähigkeit der Zunge und der anderen Sprachmuskulatur (= motorische Aphasie). Ähnliche Störungen sind für den Gesichtssinn und die Schrift etc. bekannt genug und haben durch den Vergleich klinischer Beobachtung und anatomischer Untersuchung unsere Kenntnisse des Gehirns und der Lokalisation dieser Zentren mächtig gefördert. Größtenteils sind diese Störungen als partieller Gedächtnisausfall für gewisse Bewegungsinnervationen aufzufassen.

Mehr oder weniger starke Trübungen des Gedächtnisses werden bei einer großen Zahl von Geisteskrankheiten beobachtet. Erwähnt sei die Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit beim Schwachsinn der Greise, der sich aus der geringen Lebhaftigkeit erklärt, mit der die Sinneseindrücke aufgefaßt werden, während häufig die Erinnerungsfähigkeit für längst vergangene Zeiten eine noch genügende ist.

Die Störung der Merkfähigkeit ist ein Hauptzeichen des Korsakoffschen Symptomenkomplexes der polyneuritischen Psychose. Die Prüfung der Merkfähigkeit (z. B. mit der Ranschburgschen Wortpaarmethode) läßt auch geringere Störungen, die ähnlich zu werten sind, erkennen. Speziell ist auch das Symptom der Ablenkbarkeit bei derartigen wiederholten

und vergleichenden Untersuchungen klar und überzeugend darzustellen.

Auch die Prüfung der Schulkenntnisse gibt uns manchen diagnostischen Hinweis. Vielfach lassen sich bei einem Schwachsinnigen noch ziemlich genügende Schulkenntnisse, namentlich eingelernte Gedächtnisreihen, wie Monatsnamen, Alphabet bei sonst tief darniederliegender Intelligenz nachweisen. Wir haben hierin einen Hinweis darauf, daß der Kranke früher auf einer höhern geistigen Stufe gestanden haben muß, also in späterer Zeit als den Schuljahren verblödete; während bei angeborenen Schwachsinnszuständen selbstredend derartige Kenntnisse nicht zu erwarten sind. Doch darf dabei nicht vergessen werden, daß mancher tiefstehende Idiot, der noch nicht den Zahlenbegriff von 2 und 3 hat, papageienartig abgerichtet werden kann, selbst längere Gedichte, Katechismussprüche usw. fehlerlos herzusagen, natürlich ohne jedes Verständnis des Inhalts. —

Bei vielen Geisteskranken zeigt sich ferner das Seelenleben seinem Inhalt nach gestört, zeigt also qualitative Änderungen, hervorgerufen durch falsche Schluß- und Urteilsbildung.

Im wesentlichen bezeichnen wir diesen trughaften Gedankeninhalt als Wahnvorstellungen.

Die Wahnvorstellungen, die dem Laien ein unentbehrliches Kennzeichen der Geisteskrankheiten zu sein scheinen, während sie nur bei einem gewissen Teile psychischer Krankheiten beobachtet werden, teilen wir im allgemeinen in solche depressiven und expansiven Charakters ein, ohne daß indessen hierdurch eine

verschiedene Wesenheit dieser beiden Formen bezeichnet werden soll.

Nicht charakteristisch für eine Wahnvorstellung ist etwa ein absurder Inhalt; sehr viele, wohl die meisten Wahnvorstellungen chronisch Kranker könnten auf Wahrheit beruhen; sie sind indessen inhaltlich meist falsch. Das, was die Vorstellungen als Wahnvorstellungen charakterisiert, ist die Unbelehrbarkeit, mit dem sie allen Beweisen des Gegenteils gegenüber festgehalten werden, daß sie allmählich das Zentrum des veränderten Seelenlebens werden.

Bezüglich der Art der Entstehung teilen wir die Wahnvorstellungen in solche, die durch Sinnestäuschungen bedingt und unterhalten werden, und in den Deutungswahn.

Die Entstehung des letzteren und, wie hier vorausgenommen sein soll, damit der chronischen Paranoia erklärt sich folgendermaßen. Der Kranke, der vielleicht schon längere Zeit durch allerlei unliebe Verhältnisse in unwirscher Lage war, von jeher mißtrauisch-argwöhnischer Charakterart, bemerkt, daß er scharf angesehen wird. Stutzig gemacht durch diese Beobachtung, die er sich nicht recht erklären kann, schaut er emsig um sich, ob er noch mehr derartig Auffallendes bemerken kann. Und allmählich bemerkt der Kranke, daß das Interesse einer ganzen großen Gemeinschaft, einer ganzen Stadt sich um ihn dreht, daß er überall, wo er geht, mit Beobachtungen „verfolgt" wird.

Er späht überall hin und überall scheint er auch zu bemerken, daß er von allen Seiten, mit allen möglichen Listen und Hilfswerkzeugen verfolgt und beob-

achtet wird. Und jede harmlose Äußerung, jeder Blick, der wirklich zufälligerweise auf den Kranken gerichtet wird, bestärkt ihn in seinem Wahn. —

In gewisser Beziehung ist das direkte Gegenteil des Verfolgungswahns der Größenwahn; der eine nach der expansiven, der andre nach der depressiven Seite hin eine durch die Wirklichkeit nicht begründete Vorstellung. Vielfach gehen beide auseinander hervor; und zwar geht der Verfolgungswahn dem Größenwahn in den meisten Fällen voraus, obgleich dieser Zusammenhang durchaus nicht notwendig ist. Der Kranke, der sich von allen Seiten beobachtet und verfolgt sieht, sucht nach einer Erklärung dazu und findet sie darin, daß er etwas Außergewöhnliches sei. Man bezeichnet dies als Transformation des Wahns. W a s er ist, das wechselt mit dem Charakter der Zeit, wie ja auch besonders die Art der Verfolgung wechselt; während früher der Satanas mit allen seinen Teufeln erschien und den Kranken mit glühenden Zangen zwickte, verfolgen heute Anarchisten, Freimaurer, Jesuiten und Juden durch Elektrizität, durch Telephon und Telegraph. Zeitgeschichtliche Ereignisse werden aufgegriffen. Bald nach ihrer Entdeckung spielten Röntgenstrahlen und Radiumemanation mit ihrem ja an und für sich mystischen Charakter ihre Rolle in den Beziehungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen der Paranoiker; es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß binnen kurzem auch die Verfolger sich des lenkbaren Luftschiffes bedienen werden. Also das Äußere der Wahnvorstellung wechselt je nach der Kulturlage, der depressive Charakter ist zu allen Zeiten und Orten derselbe.

Unter den depressiven Vorstellungen kommen immer die gleichen Typen wieder: Verfolgung (von außen), Versündigungsvorstellungen, Kleinheitsvorstellungen und hypochondrische Gedanken, die sich auf den eigenen Körper beziehen. Bei Größenvorstellungen ist die so häufig fehlende Krankheitseinsicht auffallend. Wie der Phthisiker im Endstadium noch froher Hoffnung voll Pläne schmiedet, hält sich der demente schwache Paralytiker für hervorragend gesund und kräftig; vielfach bewegen sich seine Gedankenkreise auf erotischem Gebiete. Allbekannt sind die Vorstellungen Geisteskranker, in hervorragender sozialer Stellung sich zu befinden, Kaiser, Papst etc. zu sein. Vielfach haben diese Größenvorstellungen religiösen oder auch erotischen Anstrich.

Nach der Bedeutung, die eine Wahnvorstellung im Seelenleben der Kranken gewinnt, bezüglich nach ihrer Dauer im Gedankenleben unterscheiden wir den „fixen" von dem wechselnden Wahn. Letzterer taucht im Seelenleben auf und verschwindet, nachdem er mehr oder weniger darin geherrscht hat; der fixierte Wahn dagegen verändert die psychische Persönlichkeit.

Übrigens kann auch beim fixen Wahn im Laufe der Zeit durch Ausbau und Zufügung neuer Beziehungen eine wesentliche Änderung der Erscheinungsformen auftreten.

Wahnvorstellungen, die längere Zeit andauern, zeugen von einem mehr oder weniger tiefen Intelligenzdefekt. Der Verstand hat nicht mehr die Fähigkeit, gewisse, falsch gedeutete Wahrnehmungen zu korrigieren: erst auf dieser Basis der geschwächten In-

telligenz kann sich dann der Wahn entwickeln und weiter ausbauen. Denn vielfach bleibt der Kranke bei seiner einfachen Wahnvorstellung nicht stehen, sondern er baut diese, sobald sie fixiert worden ist, nach allen möglichen Richtungen hin aus, indem er alle an ihn herantretenden Erscheinungen und Zufälle im Sinn seines Wahns auffaßt und zu deuten sucht, sie zu einem „Wahnsystem“ zusammenfaßt.

Fixe Wahnvorstellungen, die von vornherein oder nach kurzem Bestehen von Verfolgungswahn in das Gebiet des Größenwahns gehören, deuten bei äußerlich besonnenem Verhalten auf eine tiefere und schwerere Intelligenzschädigung und sind prognostisch auch ungünstiger zu beurteilen; der psychische Verfall in Blödsinn läßt meist nicht lange auf sich warten. —

Wie erwähnt, entstehen vielfach Wahnvorstellungen durch Sinnestäuschungen. In andern Fällen treten zu den Wahnvorstellungen Sinnestäuschungen hinzu, bewirken deren Fixation und weiteren Ausbau.

Hierzu ist zu bemerken, daß wohl in selteneren Fällen Wahnvorstellungen ganz ohne Sinnestäuschungen lange bestehen können, daß aber im allgemeinen Sinnestäuschungen, die Macht über das Seelenleben eines Kranken gewinnen und dies im Sinne der destruktiven Paranoia verändern, eben bei nicht Geistesgesunden auftreten, sondern bei solchen Menschen, in deren Geistesleben ein Wahngedanke sich schon eingenistet hat und sie zur Entstehung der Sinnestäuschung prädisponiert. Die fast mit Sicherheit dann eintretenden Sinnestäuschungen erhalten eine unbedingt beweisende Kraft für den schon wahnhaft Erkrankten. —

Indessen ist die frühere Streitfrage nach dem zeitlichen Verhältnis des Auftretens von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen nicht von Bedeutung für Krankheitsauffassung und Prognose; beides sind gleichwertige Symptome eines krankhaften Seelenlebens. —

Wir unterscheiden hauptsächlich zwei Arten von Sinnestäuschungen, Illusion und Halluzination. Unter Illusion verstehen wir die falsche Deutung eines wirklich empfundenen Sinneseindruckes.

Illusionen, im speziellen Sinne des Wortes, kennt wohl jeder aus eigener Erfahrung.

Ein Weidenbaum im Dunkel der Nacht wird als Räuber gedeutet, das Säuseln des Windes in den Blättern als Flüstern von Feinden, das Knarren eines Balkens als Tritt des Verfolgers. Ja, sicher ist ein großer Teil unsrer sinnigsten Volkspoesie, unsrer Sagen und Märchen, auf Illusionen zurückzuführen (Erlkönig).

Diese Erscheinung, die schon so häufig bei Geistesgesunden gefunden wird, tritt in noch wesentlich erhöhtem Maße bei Geisteskranken auf. Der Lichtschimmer, den die Lampe in der Höhe der Zelle wirft, wird als Strahlenkranz empfunden, der um Christi oder Marias Haupt glänzt. Aus dem Geräusch, das der Kranke aus der Nachbarzelle vernimmt, hört er die wunderbarsten und beglückendsten Offenbarungen heraus.

Die andre Art von Sinnestäuschungen, die Halluzinationen, entstehen ohne äußern Anlaß, durch zentralen Reiz; Halluzinationen sind nicht wirklich empfundene und nur falsch gedeutete Sinneseindrücke, sondern sind im allgemeinen durch kortikale Reizung,

also rein zentral (ohne äußere Ursache) entstandene Erinnerungsbilder, die peripher lokalisiert werden. Wie der Amputierte Schmerzen im weggenommenen Glied empfindet, weil irgendwo im Verlaufe der Nervenfaser auf diese ein Reiz ausgeübt wird, der in gewohnter Weise im Zentralnervensystem das Erinnerungsbild von Schmerz etc., das peripher an der altgewohnten Stelle lokalisiert wird, auslöst; so hat wohl der Geisteskranke Sinnestäuschungen von greifbarer Wirklichkeit, weil sein Zentralnervensystem in abnormer Reizung sich befindet. Daß indessen auch gewisse periphere Reize bei der Entstehung von Sinnestäuschungen mitwirken können, dafür spricht das nicht seltene Bestehen von Ohrleiden bei Gehörshalluzinanten, sowie vor allem das einseitige Auftreten von Halluzinationen im Gehörsinne in diesem Falle.

Alle Sinne können Täuschungen unterworfen sein. Von besonderer Bedeutung sind die Halluzinationen im Gesichts- und Gehörssinn. Gewisse stets wiederkehrende Formen von Gesichtstäuschungen, Visionen, sind Erscheinungen von hehren Gestalten, Engeln, Christus, Gott, von hohen Herrn, Kaisern und Königen. Auf der andern Seite sind oft schreckhafte Gestalten zu bemerken, Teufel, Mißgestalten, schwarze Männer, Tiere aller Art (dies nicht nur beim Alkoholdelirium!). Von noch größerer Bedeutung sind die Gehörstäuschungen. Während manchmal nur unbestimmte Geräusche gehört werden, hie und da Lärm, Musik, geben die Kranken meist an, „Stimmen“ zu hören. Diese sind oft von unbestimmter Art, oft von eigener Klangart, von männlicher oder weiblicher Stimme, von

mehreren, kommen aus der Decke, dem Ofen, dem Unterleib. Es finden auch ganze Unterhaltungen mehrerer Stimmen statt. Dem Inhalt nach sind sie beglückenden Inhalts („Du bist König, Heiliger etc.") oder erschreckenden, drohenden, schimpfenden Charakters. Nicht selten ruft die Stimme dem Kranken Befehle zu, die er unbedingt erfüllt, z. B. das Essen zu verweigern, eine Gewalttat zu begehen usw. Diese Sinnestäuschungen sind vielfach von übernatürlichem, eigenartigem Charakter und gewinnen gerade hierdurch eine überzeugende Macht auf den Kranken.

Die Täuschungen der andern Sinne treten hiergegen an Bedeutung zurück. Sie sind meist unangenehmer Art; es schmeckt nach Giften, Morphium, Menschenfleisch, riecht nach Leichen, die Kranken fühlen sich wie verdorrt und verbrannt, werden von kalter klebriger Hand angefaßt (= haptische Halluzination).

Während Illusionen durchaus nicht pathologischer Natur zu sein brauchen, müssen wirkliche Halluzinationen als im allgemeinen unbedingt pathologisch angesehen werden (obgleich ja auch bei Geistesgesunden wie Luther und Goethe Halluzinationen vorgekommen sein sollen).

Jedoch ist in praxi der Unterschied zwischen Halluzination und Illusion, so leicht und einfach die theoretische Unterscheidung ist, durchaus nicht mit Leichtigkeit zu stellen, und in vielen Fällen ist es einfach unmöglich, zwischen diesen beiden Möglichkeiten (es können auch Mischungen vorkommen) die Entscheidung zu treffen; doch ist der Unterschied auch nicht von tieferer Bedeutung.

Einen gewissen Anhaltspunkt gibt uns das oft eigenartige Benehmen der Halluzinanten.

Erscheinungen wie die, daß Kranke sich stets Watte, Papier, die Finger in beide oder in ein Ohr stecken, Hinstarren und Hinhorchen in Ecken mit ängstlichem und gespanntem Gesichtsausdruck, Verstopfen von Ritzen und Löchern, Bedecken des Gesichts, Verkriechen unter die Bettdecke, öfteres unmotiviertes Auflachen oder Ausstoßen von Schimpf- und Drohworten, von Worten, die wie Antworten in einem Zwiegespräch klingen, sind Hinweise darauf, daß echte Halluzinationen bestehen.

Zweifellos wird die Häufigkeit des Vorkommens von echten Sinnestäuschungen überschätzt. Man nahm früher stets an, gewisse eigenartige Körperhaltungen seien Folgen von halluzinierten Befehlen, gespannter Gesichtsausdruck bedeute stets Aufhorchen auf Stimmen, während die Erfahrung gezeigt hat, daß es sich dabei vorwiegend um primäre Muskelsymptome, die keine Ausdrucksbewegungen sind, als Krankheitszeichen des Jugendirreseins handelt.

Wohl zu beachten ist, daß der Inhalt der Sinnestäuschungen, Illusionen sowohl wie Halluzinationen, sich meist im Einklang mit der Gemütsstimmung oder der Gedankenwelt des Kranken befindet; fast stets bestehen in den Sinnestäuschungen feste, mehr oder weniger durchsichtige Beziehungen zu der Person des Kranken und dessen Wahn. Treten in Fällen trauriger Verstimmung plötzlich Halluzinationen erotischen oder überhaupt expansiven Charakters auf, so kann meist nachträglich festgestellt werden, daß die Stimmungslage

vor dem Auftreten der neuen Art von Sinnestäuschungen sich schon verändert hatte. —

Durch die Trugwahrnehmungen wird der Gedankeninhalt des Kranken gefälscht, vielfach werden dadurch die Wahnvorstellungen geweckt und befestigt.

Bezüglich der Bedeutung der Wahnvorstellungen für das Seelenleben der Kranken können wir folgendes unterscheiden. Entweder sie bilden den Grund und Eckstein des ganzen Seelenlebens, nach dem alles übrige, was dem Kranken begegnet, gemodelt und gedeutelt wird (Paranoia), oder sie treten vorübergehend, jedenfalls nicht fixiert oder systematisiert ins Bewußtsein der Kranken (bei Manie, Melancholie, Katatonie, Paralyse etc.). Es fehlt im letzteren Falle eben das Charakteristikum des fixierten Wahns, daß alles sich um ihn dreht, daß er den Angelpunkt des „verrückten" Seelenlebens bildet.

Erfahrungsgemäß sind Sinnestäuschungen, die in besonnenem Zustand bestehen, von schwererer prognostischer Bedeutung als solche während eines Verwirrtheitszustandes. Erstere sprechen für die tiefe Störung der Paranoia. Auch auf den Affekt haben natürlich Sinnestäuschungen ihren Einfluß, je nach ihrer Art drückend oder erhebend. Affektlosigkeit bei sicher nachgewiesenen Sinnestäuschungen deutet auf ziemlich fortgeschrittenen Schwachsinnszustand irgend welcher Art hin.

Sinnestäuschungen kommen vor bei einer großen Reihe psychischer Erkrankungen. Vor allem bilden sie ein Hauptsymptom der chronischen halluzinatorischen Paranoia, der Dementia paranoides und der anderen

Formen des Jugendirreseins, sowie der halluzinatorischen Verwirrtheit. Treten bei einer symptomatischen Depression oder einer maniakalischen Erregung zweifellose Sinnestäuschungen in wesentlicher Art auf, so ist dies als bedenkliches Symptom aufzufassen und weist auf die Zugehörigkeit des Falles in die Klasse der Dementia praecox hin.

3) Störungen des Trieblebens.

Auch dies Gebiet des Seelenlebens kann in verschiedener Art, besonders aber quantitativ und qualitativ gestört sein in seinen beiden Haupterscheinungsarten, dem Wollen und dem Handeln.

Da nun Wollen und Handeln durch Gefühle und Vorstellungen bedingt und geleitet wird, so sind bei den Störungen dieser Äußerungen des Seelenlebens meist die andern mitbeteiligt.

Das Wollen und demzufolge das Handeln kann in verschiedenen Graden herabgesetzt sein, bis zum völligen Erlöschen jeden Trieblebens überhaupt, bei allen mit psychischer Hemmung einhergehenden Störungen, so bei der Melancholie, und bei allen psychischen Schwächezuständen, auch besonders bei den eigenartigen Zuständen des erworbenen Schwachsinns in Gestalt der Hebephrenie, sowie der katatonischen Demenz. Es ist schon ein Frühsymptom des jugendlichen Verblödungsirresein, daß mit dem Aufhören des Interesses eine Gleichgültigkeit und Indifferenz sich einstellt, die ihren psychomotorischen Ausdruck in tatenlos stumpfem Verhalten, Mangel an sinnent-

sprechender Beschäftigung, Unfähigkeit zu Willensanspannung hat.

Die psychische Hemmung und Lähmung geht oft infolge der allgemeinen psychischen Anästhesie bei manchen Formen psychischer Erkrankung, wie bei gewissen Arten von Erschöpfungspsychosen (Stupor, Stupidität), bei Endformen von Verblödungsprozessen bis zu einem so hohen Grade, daß die niedrigsten tierischen Triebe, wie Hunger- und Durstbefriedigung, nicht mehr ausgeführt werden, daß diese Kranken ständig gefüttert und — wegen ihrer Unreinlichkeit — abgewartet werden müssen.

Eine Erhöhung und Steigerung des Trieblebens können wir in den meisten Exaltationszuständen bemerken, und zwar oft als ein Frühsymptom derselben. So wird oft bemerkt, daß eine beginnende Manie durch Vielgeschäftigkeit sich ankündigt, daß ein Paralytiker im Anfangsstadium der Krankheit eine auffallende Unternehmungslust entwickelt. Auch die als Frühsymptom der Paralyse bekannte Kauflust, Putzsucht und Lebhaftigkeit des Kranken muß unter diese krankhafte Steigerung des Trieblebens gerechnet werden.

Eine hochgradige Steigerung des Trieblebens sehen wir in dem Symptom der Tobsucht, das ja bei den verschiedensten Krankheitsformen beobachtet wird. Erwähnenswert ist, daß nicht selten in diesem Zustande Fieber auftritt.

Wie wir in dem Bewegungsdrang, der Lust, zu schreien und zu toben, eine Steigerung der Tätigkeit durch verstärkten Willensantrieb resp. primären Übererregungszustand des Zentralnervensystems ohne eigent-

liches subjektives Wollen sehen, so finden wir auf der andern Seite, durch mangelnde oder verringerte Willensreize verursacht, die Erscheinung der Teilnahmslosigkeit, des stumpfsinnigen Verharrens an einem Platze und in einer Stellung bei den stuporösen Zuständen der Melancholiker, Katatoniker und Paralytiker. — Eine wesentliche Bedeutung hat die Beobachtung der Innervationsverhältnisse der Muskulatur der Kranken, die ja von deren Willen abhängig ist. Vielfach sehen wir Kranke mit eigenartiger Haltung der Gliedmaßen, die, ohne daß Ermüdungsgefühl auftritt oder zur Empfindung gelangt, stunden- und tagelang festgehalten wird. Durch geeignete graphische Methoden (z. B. Sommers Haltungsapparat) lassen sich diese Zustände klar und eindeutig sinnfällig demonstrieren. Es fehlen auf den Kurven, die sich auf ungewöhnlich lange Zeit erstrecken (z. B. Ausstrecken einer Extremität 20—30 Minuten statt 7—10 beim Gesunden), die charakteristischen Zeichen eintretender und fortschreitender Ermüdung. Und doch zeigt die genaue Beobachtung, daß bei diesen Zuständen, die beim Spannungsirresein (Katatonie), das davon ja seinen Namen hat, und gelegentlich bei anderen Formen geistiger Erkrankung beobachtet werden, keine organisch bedingte Muskelkontraktur vorliegt, sondern aktive, dauernd festgehaltene Innervation der betreffenden Muskelgruppen. Das Glied zeigt bei passiven Bewegungsversuchen nach jeder Richtung hin Widerstand und federt bei plötzlicher Unterbrechung der Gegenbewegung nach der anderen Seite. Diese aktive Innervation, die jedem äußern Eingriff Widerstand

entgegensetzt, dies gewollte Widerstreben bezeichnen wir als Negativismus. Eine weitere Eigenart zeigt eine Reihe von Kranken, wieder hauptsächlich Katatoniker, in der Stereotypie ihrer Bewegungen. Ununterbrochen wird dieselbe Bewegung gleichmäßig ausgeführt, Wischen, Kratzen, Betbewegungen, Gesichtsverzerrungen. Doch auch bedenklichere Bewegungsarten sind zu bemerken. So entsteht durch dauernde Rutschbewegungen im Bett die Gefahr des Dekubitus mit all seinen Folgen; so beobachtete ich vor mehreren Jahren einen Kranken, der außer einer Reihe anderer stereotyper Bewegungen sich zwischen diesen oft die Zunge zwischen die Zähne klemmte und sich nach und nach einen beträchtlichen Teil der Zunge abbiß.

In qualitativer Beziehung zeigt sich das Triebleben verändert, indem die Triebe sich auf Absonderliches richten; es besteht also nicht selten eine Perversion der Gelüste. Noch in das Gebiet des Physiologischen fallend sind die bekannten, häufig bemerkten abnormen Gelüste Schwangerer oder auch die chlorotischer Mädchen nach Kalk etc.

Sehr störend sind die bei manchen verblödeten Kranken, die längere Zeit unbeaufsichtigt waren, sich einstellenden unangenehmen Gewohnheiten des Urinsalbens, des Kotschmierens, gelegentlich auch des Verzehrens der eigenen Exkremente. —

Man hat früher über Pyromanie, Kleptomanie usw. geschrieben und verstand darunter Störungen des Trieblebens nach nur einer einzigen Richtung hin, „Monomanien“, also partielle Seelenstörungen bei sonst intakter Psyche.

Über diese Theorien ist die neuere Wissenschaft zur Tagesordnung übergegangen, sie sind obsolet, da die genauere Untersuchung bei derartig Kranken stets noch weitere psychische Defekte erkennen läßt. Solche, an „moral insanity" etc. Leidende gehören zum größten Teil der Klasse der Imbezillen, der Entarteten, der „Hereditarier" in weiterem Sinne an.

Es entspricht der allgemein psychiatrischen Erfahrung, daß derartige, früher als Monomanien aufgefaßte, plötzlich auftretende impulsive Handlungen, die bei wiederholtem Auftreten sich oft auffallend gleichen, häufig Zeichen einer epileptischen Psychose sind, als psychisch-epileptische Äquivalente (d. h. statt eines Krampfanfalls auftretend) aufzufassen sind. —

Unter die Verkehrungen des Trieblebens müssen wir auch die Zwangshandlungen rechnen, die Sucht, sich ständig zu waschen, Fenster zu zählen, etc. —

Wichtige Aufschlüsse über den Geisteszustand von Kranken gibt uns nicht selten die formale Seite der Sprache und der Schrift als der Mittel zum Gedankenausdruck.

Hier zeigt sich die paralytische Sprache durch ihren eigenartig nasalen Klang, durch das Versetzen von Lauten und Silben etc., die gesuchte und gespreizte Ausdrucksweise mancher Hysterischen und Paranoiker, die Wortneubildungen und seltsame Sprechweise der Katatoniker. Und ähnliche Züge sind in der Schrift zu bemerken; die unregelmäßige, zitterige Schrift Paralytischer, manierierte Schreibweise bei Katatonikern, eigenartige Züge, z. B. verschnörkelte Bilder beim schriftlichen Gedankenausdruck Paranoischer. —

Kurz sei hier noch einer weitern, vielfach beobachteten Störung des Handelns einer gewissen Klasse Geisteskranker gedacht, der Parapraxie, des „Vorbeihandelns“. Statt der vom Normalen zu erwartenden Handlung wird absichtlich eine verkehrte entgegengesetzte Handlung ausgeführt. Solche Handlungen sind wie das Symptom des Negativismus zu werten und finden sich auch bei den gleichen Krankheitsformen des Jugendirreseins. Die Kranken legen sich nicht in's, sondern neben oder unter das Bett, genießen etwa Mahlzeiten nicht mit dem Löffel, sondern lecken ihre Teller aus usw. in unerschöpfbaren Modifikationen.

Eine Störung des Trieblebens hat in neuerer Zeit durch gründliche Untersuchungen ein besonderes Interesse für den Psychiater gewonnen, die Störungen im Geschlechtsleben, über die v. Krafft-Ebing seine mustergültigen Untersuchungen veröffentlicht hat, nachdem durch mehrere Publikationen schon die Aufmerksamkeit des Fachmannes und des Richters — denn diese Störungen haben ja eine enorme forensische Wichtigkeit — auf dies Gebiet gelenkt war. In jüngster Zeit ist ja leider durch eine Reihe von Sensationsprozessen das Interesse auch der Allgemeinheit auf diese abnormen Triebrichtungen gelenkt worden.

Es herrscht heutzutage die Ansicht, daß Verkehrungen wie Masochismus, Sadismus, Sodomie, auch die stärkste Verkehrung des Geschlechtstriebes, die Neigung zum eigenen Geschlecht, Homosexualität, als solche noch nicht Zeichen einer geistigen Erkrankung sind; daß aber sexuelle Perversionen außerordentlich oft von psychischen Störungen begleitet sind, und

darum ein immerhin für den psychischen Zustand des betreffenden Individuums bedenkliches Zeichen sind, das uns veranlassen muß, scharf nach etwaigen Zeichen des Irreseins zu forschen.

Über die Behandlung Geisteskranker.

Entsprechend der heutigen Ansicht über das Wesen der Geistesstörungen als Erkrankungen des Gehirns und nicht als eine mystische Folge gesteigerter Leidenschaft oder Teufelsbesessenheit, gehört die Behandlung Geisteskranker ins Gebiet der ärztlichen, nicht aber der seelsorgerischen Tätigkeit.

In der Art der Behandlung ist, entsprechend der Krankheitsauffassung, ein völliger Umschwung eingetreten seit einer Zeit, die nur etwa drei Generationen hinter uns liegt. Im Beginn des vorigen Jahrhunderts berichtete Horn, zweiter Arzt der Königlichen Charité, mit Begeisterung von den Erfolgen seiner Behandlungsart. Ekelkuren, Übergießen ungezählter Eimer eisigen Wassers, Behandlung im „Drehstuhl" bis zur Bewußtlosigkeit des Kranken, schärfste Zwangsapparate waren die damaligen „Heilmittel" bei Geisteskrankheiten! —

Gegen Psychosen als solche gibt es kein Spezifikum. Auch die Hebung einer Schädlichkeit, die wir als ursächliches Moment für den Ausbruch der Psychose ansehen müssen, wie z. B. einer Mastitis im Wochenbett, bewirkt nicht die Heilung der geistigen Erkrankung; sondern diese nimmt, nachdem sie ein-

mal durch irgendwelche Schädigung hervorgerufen ist, ihren gesetzmäßigen Ablauf.

Nach unsern Ansichten beruhen die „funktionellen“ Psychosen auf Ernährungsstörungen des Gehirns. Dementsprechend sind schon vielfach Versuche gemacht worden, durch veränderte Ernährungsbedingungen des Gehirns, sei es durch Vermehrung oder Verminderung der Blutfülle, die Psychose zu heilen; leider ohne Erfolg.

Nur gegen eine als Ursache von Geisteskrankheiten bekannte Allgemeinerkrankung, die Lues, bieten sich uns etwas bessere Aussichten bei der Behandlung. Denn es ist öfters beobachtet, daß gewisse Formen psychischer Störungen durch antisyphilitische Kuren wesentlich gebessert wurden. Man hat in diesen Fällen wohl eine spezifische Gefäßerkrankung anzunehmen, nach deren Hebung zugleich mit der normalen Gewebsernährung auch die Heilung der geistigen Erkrankung eintritt. —

Erhebliches können wir für die Allgemeinheit und kommende Geschlechter durch Prophylaxe zur Verhütung psychischer Erkrankungen leisten.

Nach dem alten Erfahrungssatze, daß Krankheiten verhüten leichter ist als Krankheiten heilen, hat auch der Arzt der Entstehung von Geistesstörungen nach Möglichkeit vorzubeugen. Wenn um Rat angegangen, verbiete er das Heiraten früher Geisteskranker und neuro- oder psychopathisch stark Belasteter mit Rücksicht auf die vielerlei Ursachen zum Ausbrechen von Geisteskrankheiten, die das Eheleben für die belastete Frau bietet, sowie vor allem mit Rücksicht auf die

Gefahr der Vererbung auf die Nachkommenschaft. Er suche während der Entwicklungsjahre eine geistige Erschöpfung durch Überbürdung zu verhüten, er suche eine Berufswahl zu verhindern, die nachweisbar oft mit geistigen Schädigungen verbunden ist. Beginnende Psychosen suche er nicht in Wasserheilanstalten oder durch Reisen und Zerstreuungen heilen zu wollen, sondern führe sie frühzeitig, solange noch nicht kostbare Zeit zur Heilung verstrichen ist, einer sachverständigen und sachgemäßen Behandlung zu.

Der größte Teil aller psychisch Kranken bedarf, mindestens zeitweise, der Anstaltsbehandlung; nicht nur die sogenannten „Gemeingefährlichen".

Die Versetzung in die Anstalt ist in vielen Fällen von geradezu wunderbarem Einfluß auf die Kranken in den akuten Stadien ihrer Psychosen. Sie werden den steten Reizeinflüssen, denen sie in ihrer Familie ausgesetzt sind, entzogen, sie gewinnen Ruhe vor der Umgebung und Ruhe für ihr Seelenleben. Nur die Anstalt kann die mannichfachen Einrichtungen besitzen, über das nötige Personal verfügen, das zur Behandlung und Pflege Geisteskranker unumgänglich nötig ist. —

Eine moderne Irrenanstalt ähnelt immer mehr andern Krankenhäusern. Namentlich die Wachabteilungen, in denen die frischen Fälle, die unreinlichen, selbstmordverdächtigen und körperlich Kranken behandelt werden, gleicht einem Krankenhause für innerlich Kranke. Die ruhigen und chronisch Kranken befinden sich in andern Räumen oder Häusern, werden regelmäßig beschäftigt mit Hausarbeit, Lesen, Spielen,

(auch halb mechanische Arbeiten, wie Rohrstühleflechten haben sich uns ausgezeichnet bewährt), und in den ländlichen Anstalten mit Garten- und Feldarbeit. Gerade durch diese andauernde, den Kranken interessierende Tätigkeit in der freien Natur wird dem Verfall der geistigen Kräfte sehr entgegengearbeitet.

Der aufgeregte Kranke wird zu Bett gebracht, ebenso wie alle frisch in die Anstalt eintretenden Kranken, da schon die Bettruhe allein Erregungszustände öfters wirksam bekämpft. Nützt dies allein nichts, muß man mit Narkoticis und den anderen nachher zu besprechenden Mitteln Ruhe zu schaffen suchen — und erst im letzten Fall die Isolierung anwenden. Die Isolierung Geisteskranker, in den meisten Anstalten das einzige, was noch aus der alten Art der Irrenbehandlung herübergenommen ist in die heutige Behandlungsweise des „No restraint“, soll nur ausnahmsweise und auch nur für möglichst kurze Zeit angewendet werden. Die „Einzelzimmer“ selbst sollen hell, luftig, warm, sauber, leicht zu reinigen (Parkettboden) sein und müssen von außen vollkommen übersehen werden können (möglichste Vermeidung toter Winkel). Sind Kranke isoliert, so sollen sie regelmäßig beobachtet werden und sobald sie einigermaßen ruhig geworden sind, wieder in die allgemeine Wachabteilung verlegt werden. Wenn irgend angängig, soll der Kranke auch im Einzelzimmer bei offenen Türen verbleiben. — Selbstmordverdächtige dürfen nur im äußersten Notfalle unter besonders andauernder und scharfer Überwachung isoliert werden. —

Nach unserer Auffassung der Psychosen als Krankheiten, die auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind, behandeln wir die Geisteskranken symptomatisch, nach den Indikationen der inneren Medizin.

Im Vordergrunde steht die hygienisch-diätetische Behandlung. Es ist wohl als wichtigste Aufgabe die Erhaltung der Körperkräfte des Kranken anzusehen. Der Arzt hat die geregelte Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. Regelmäßige Wägungen der Kranken fehlen darum in keiner gut geleiteten Anstalt.

Manche Geisteskranke, die eine unregelmäßige Nahrungsaufnahme aufweisen, bedürfen der Ernährung durch fremde Hand, entweder durch Fütterung oder — wenn diese nicht ausführbar — durch Nährklysmen oder vermittelst der Schlundsonde.

Am besten nimmt man als Sonde mittelweiches elastisches Gummirohr und vermeide zu harte und zu weiche Rohre, da beide Schaden anstiften können. Die Sonde wird am besten durch die Nase eingeführt. Gelingt dies nicht, so müssen die oft fest zugeklemmten Zähne, event. durch Vermittlung einer willkommenen Zahnlücke, durch eine Mundsperre geöffnet, und die Sonde durch den Mund eingeführt werden.

Nach Einführung der Sonde konstatiere man die richtige Lage durch Auskultation des Magens, während Luft durch den Schlauch geblasen wird. Beim unrichtigen Einführen, also durch den Kehlkopf, wird meist ein starker Reflexhusten ausgelöst.

Dann wird die aus möglichst konzentrierter, leicht verdaulicher Nahrung bestehende, event. mit Arzneizusätzen versehene Flüssigkeit (Milch, Eier, Schleimsuppen,

Nährpräparate, wie Somatose, Tropon etc., Fleischextrakt, event. Wein etc.), die etwa 1/2 l betragen kann, langsam eingegossen. Beim Herausziehen der Sonde gehe man, indem man die Sonde mit den Fingern zusammendrückt, rasch über den Kehlkopfeingang hinweg, um ein Hineinträufeln von Flüssigkeit und damit das eventuelle Zustandekommen einer Schluckpneumonie zu vermeiden. — Sträubt sich der Kranke gegen die Sondenernährung allzusehr, so ist die Klysmenernährung indiziert, die jedoch kaum auf die Dauer zur Erhaltung der Körperkräfte hinreicht.

In neuerer Zeit werden die Kräfte nahrungsverweigernder Kranker auch durch subkutane Infusion von sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung oder Öl erhalten.

Die künstliche Ernährung muß spätestens nach 3—4 Tagen völliger Nahrungsverweigerung eintreten. An einem eigenartigen süß-säuerlichen Geruche des Kranken hat man öfters ein auf Inanition deutendes Symptom, das Veranlassung zur Sondenfütterung wird.

Während Elektrizität und Massagebehandlung von keinem wesentlichen Einfluß auf Psychosen sind, haben wir in richtig geleiteter Wasserbehandlung einen vortrefflichen Helfer.

Laue protrahierte Bäder, nötigenfalls mit lauen Regendouchen, feuchtwarme Wickelung und Packungen, Kopfkompressen genügen häufig völlig zur Beruhigung der Kranken und zur Erzielung gleichmäßigen tiefen Schlafes.

Erst wenn die physikalische Behandlung versagt, greifen wir zu den narkotischen Mitteln. Opium (beson-

ders bei Angstzuständen), Morphium, Kodein, Hyoszin, Chloral, Sulfonal, Veronal und Trional sind hier die je nach der Eigenart der Fälle indizierten Schlafmittel. Das Paraldehyd hat leider die Unannehmlichkeit des langandauernden Knoblauchgeruches. Brom (vielfach in der Form des Sandowschen Brausesalzes) findet seine Hauptanwendung bei den epileptischen Psychosen.

Häufig genug finden sich Indikationen zur Anwendung kombinierter Medikamente. So geben wir vielfach Bromgemisch mit Tct. Valerian, ferner Chloral in 10 % Lösung mit gleichen Teilen Erlenmeyerscher Bromlösung. Vorzüglich bewährt sich bei stärkeren Erregungszuständen das sonst subkutan gegebene Hyoscin. hydrobrom. per os mit 1,5—2,0 g Chloralhydrat. — Wir wenden die Narkotica gern in gebrochenen Dosen an, geben also mehrfach kleinere Mengen, die so berechnet werden, daß die Wirkung der ersten Dose noch nicht ganz vorbei ist, wenn die zweite gegeben wird, z. B. Veronal 0,25 um 9, 1 und 5 Uhr. Es ist vielfache Erfahrung, daß wir auf diese Weise starken Erregungszuständen, die dem Kräftezustand erregter, event. abstinierender Kranker nachteilig sind und die Ruhe der Abteilungen bedenklich stören, ohne jeden schädlichen Erfolg vorgebeugt haben. —

Nach Ablauf des Erregungszustandes tritt die psychische Behandlung in ihr Recht. Der Arzt sei dem Kranken gegenüber unbedingt wahr und zeige ihm, daß er ihn für krank hält. Andernfalls, wenn der Kranke bemerkt, getäuscht worden zu sein, wird er mit berechtigtem Mißtrauen erfüllt; die Hauptsorge des Arztes im Verkehr mit seinen Geisteskranken muß

die sein, ihr vollstes Vertrauen zu besitzen, in noch viel höherem Grade als bei körperlich Kranken.

Den vielfach geäußerten Wahnideen stimme man nicht zu, zeige ruhig, daß man sie für krankhaft hält, andererseits dürfen sie nicht ironisch abgetan werden — der Kranke würde sie nur dissimulieren, sie im Innern zu nur immer größerer Macht kommen lassen. Durch den täglichen Verkehr mit seinen Kranken soll der Arzt eine beruhigende Wirkung auf sie ausüben, sie sollen wissen, daß mitfühlend aus warmem Herzen für sie gesorgt wird.

Besonderer Pflege bedürfen auf dem Wachsaal die körperlich und die unreinlichen Kranken, die Urin und Kot unter sich lassen und event. damit, sowie mit dem Menstrualblut sich beschmieren. Bei diesen ist durch häufiges Nachsehen und sofortige Reinigung, event. durch Baden, der Schaden, den die Unreinlichkeit anrichten kann, zu beseitigen.

Denn bekannt ist ja, daß beschmutzte Kranke infolge der Zersetzungsvorgänge auf der Haut leichter „sich durchliegen", zum Dekubitus neigen.

Auf die Verhütung und event. Heilung des Dekubitus hat der Arzt durch Instruierung des Personals sowie durch häufiges eigenes Nachsehen hinzuwirken. Demente Kranke scheinen besonders zum Durchliegen prädisponiert zu sein; abgesehen von psychischer Anästhesie kommen hier besonders trophische Veränderungen der Gewebe bei den schweren organisch bedingten Psychosen in Frage. Zur Verhütung müssen diese stumpf und regungslos zu Bett liegenden Kranken regelmäßig passiv umgelagert werden, es müssen die

erfahrungsgemäß am häufigsten dem Dekubitus verfallenden Stellen am Kreuzbein, Hüften, Fersen usw. regelmäßig, bevor noch Durchliegen erfolgt, mit Öl, Byrolin oder Lanolin eingesalbt, event. durch besonders weiche Lagerung vor Druck gehütet werden.

Über die Untersuchung Geisteskranker.

Die Untersuchung Geisteskranker ist im allgemeinen eine Sache der Erfahrung; aber auch der praktische Arzt muß von der Technik derselben das Notwendigste wissen.

Man trete dem zu Untersuchenden freundlich, aber bestimmt entgegen.

Der Untersucher muß unter allen Umständen das Vertrauen der Kranken gewinnen, er muß dem Kranken zeigen, daß er ein lebhaftes Interesse und reges Mitgefühl für ihn hat. Merkt man, daß der Kranke Mißtrauen gegen den Arzt hegt — und so viele Paranoiker sehen ja in jedem Menschen einen neuen Verfolger — so verschiebe man die weitere Exploration auf eine gelegenere Zeit, d. h. man wiederhole sie, nachdem der Kranke sich durch die täglichen Besuche des Arztes an dessen Person gewöhnt und sich — sit venia verbo — von seiner Unschädlichkeit überzeugt hat. Außerdem ist es bei einer ersten Untersuchung meist kaum möglich, in alle Richtungen des Seelenlebens eines Kranken einzudringen und alle krankhaften Bestandteile desselben zu erkennen.

Die Papiere, die ein Kranker mit in die Anstalt bringt, geben dem Untersucher schon einen gewissen

Anhalt; wichtiger ist die Erkundigung bei den Verwandten oder näheren Bekannten.

Viele Geisteskrankheiten umfassen ja das ganze Leben, andre bauen sich auf dem Boden einer psychopathischen Veranlagung auf. Man forsche also nicht nur nach den Vorgängen kurz vor der Aufnahme in die Anstalt, sondern suche sich ein Bild von dem ganzen Vorleben zu machen. Abstammung — nicht zu selten findet man ja zufällig auch bei den Verwandten psychopathische Züge, die das Krankheitsbild zu erklären imstande sind — auffallende Züge aus den Entwicklungsjahren, Eigentümlichkeiten des Charakters und der Lebensführung, vorausgegangene Krankheiten usw. ziehe man in den Bereich der Fragen. Auch erfährt man, ob schon früher Irresein bestanden hat, bei zyklischen oder periodischen Psychosen.

Wichtige Anhaltspunkte zur Beurteilung des Kranken erhält man durch Vergleich von seinen und der Verwandten Aussagen über dieselben Punkte.

Die Untersuchung teilt sich naturgemäß in solche auf den körperlichen und geistigen Zustand.

Der körperliche Befund entscheidet ja z. B. die Differentialdiagnose zwischen funktioneller Psychose und der auf schwerer organischer Basis beruhenden Seelenstörung, der Paralyse, bei denen das geistige Bild sich oft ähnelt.

Bei der Betrachtung des Allgemeinzustandes sehen wir nach dem Alter (manche Psychosen bevorzugen ja besondere Altersklassen), vorzeitigem Gealtertsein, Kräftezustand, Blutarmut und Mißbildungen aller Art.

Eine genaue körperliche Untersuchung ist uner-

läßlich, da ja vielfach körperliche Leiden neben der Seelenstörung bestehen.

So darf nie die Untersuchung des Urins unterlassen werden, da bei Urämie und Diabetes psychische Störungen nicht selten sind, andrerseits das Alkoholdelirium fast stets mit Eiweißausscheidung einhergeht. Auch tritt diese gelegentlich bei allen Tobsuchtszuständen auf. Jedenfalls gibt ein krankhafter Befund im Urin uns stets wichtige diagnostische und therapeutische Hinweise.

Eine genaue Betrachtung muß dem Zustand des Nervensystems gewidmet werden.

Von großer Bedeutung ist die Auffindung von Lähmungssymptomen, namentlich im Gebiet der Gehirnnerven, die auf intrazerebrale Prozesse deuten; Fazialis, Okulomotorius, Hypoglossus etc. müssen stets in der von der innern Klinik her bekannten Weise untersucht werden. Nie darf die Untersuchung der Augen fehlen. Gleichheit und Ungleichheit, Weite und Enge der Pupillen, besonders aber die Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz müssen stets geprüft werden. Ebenso gehört die Untersuchung des Augenhintergrundes, wenn auch natürlich nicht notwendigerweise bei der ersten Untersuchung, in den Status des Untersuchten. Dabei ist auf Sehnervenatrophie, Stauungspapille, temporale Abblassung, albuminurische und syphilitische Prozesse zu achten.

Es folgt die Prüfung der Sehnen- und Periostreflexe; besonders wichtig ist das Verhalten des Patellarsehnenreflexes durch den Hinweis auf krankhafte Prozesse im Rückenmark, da ein Krankheitsbild, das

anscheinend einer akuten funktionellen Psychose gleicht, durch den Nachweis tabischer Prozesse im Rückenmark als Form der Taboparalyse mit deren trauriger Prognose sich offenbart; denn zufälliges Zusammentreffen von Tabes und funktioneller Psychose ist außerordentlich selten.

Die eigenartigen Muskelspannungszustände der Katatoniker, ferner Katalepsie (flexibilitas cerea), Lähmung und Ataxie, Sensibilitätsstörungen sind mehr oder weniger leicht zu konstatieren.

Die Untersuchung auf Tremor gibt ebenfalls manchen diagnostischen Hinweis.

Der Irrenarzt fahndet ferner bei jeder Untersuchung auf „Stigmata“, Entartungszeichen, wenn man ihnen auch im allgemeinen nicht die Wichtigkeit zumessen darf, wie es von mancher Seite geschehen ist und noch geschieht, besonders von der italienischen Schule.

Anomalien und Assymmetrien des Schädels im Verhältnis zum Gesicht und im Verhältnis einer zur anderen Seite, Hasenscharte, Wolfsrachen, hoher Gaumen, stark vorspringende Backenknochen, angewachsene oder fehlende Ohrläppchen, Satyrohr, Anomalien im Knochenbau an anderen Körperteilen, Abnormitäten der Genitalien, wie abnorme Größe oder Verkümmerung, Epispadie und Hypospadie, Kryptorchismus etc. werden ja auch öfters an Geistesgesunden beobachtet; doch ist ihr häufigeres Vorkommen bei Geisteskranken und „Hereditariern“ wohl festgestellt.

Sinngemäß können eigentlich nur solche körperliche Abnormitäten als Entartungszeichen aufgefaßt

werden, durch deren Bestehen eine Schädigung des Zentralorgans bedingt oder wahrscheinlich ist, wie z. B. die eigenartige Schädelform mancher Kretins und Idioten.

Ein ganz besonderes Augenmerk hat der Untersucher auf die Sprache des zu Untersuchenden zu richten. Die Sprechweise ist für manche Psychosen oft auffallend gleichmäßig und charakteristisch.

Wie auf der einen Seite der Maniakalische überstürzt und überhastet spricht, sich in seinem Wortschwall in schmückenden Beiworten, in Steigerungen wie „furchtbar, kolossal etc.“ nicht erschöpfen kann, kann man vielfach den Melancholiker auf der andern Seite schon durch seine monotone, gleichgültige und verlangsamte Sprechart erkennen.

Bei Katatonikern, bei epileptischer, paralytischer und funktioneller Verwirrtheit bemerken wir die Erscheinungen der Perseveration, d. h. Worte oder Sätze, die einmal als Antwort auf eine Frage etc. gegeben werden, werden stets wiederholt, ohne daß sie auf die weitere Fragestellung irgend welche Beziehung haben.

Die motorische Art des Sprechens läßt Schlüsse auf Vorhandensein resp. Fehlen organischer Schäden zu.

Bei einem maniakalisch sich Geberdenden fällt dem Ohr des Arztes ein gewisser nasaler Beiklang auf und bei genauerem Zusehen ergibt sich das Vorhandensein der paralytischen Sprachstörung. Näheres darüber im speziellen Teil. Es darf daher bei der ersten Untersuchung die Sprachprüfung durch Nachsagenlassen der Paradigmata nie fehlen.

Der Praktiker gewinnt im allgemeinen durch den

Anblick, die Haltung des Kranken, seinen Gesichtsausdruck, seine Sprechweise und sein ganzes Gebahren bei den ersten Fragen, die sich ja gewöhnlich auf körperliches Befinden, auf anamnestische Daten, wie Personalien, Familienverhältnisse, frühere Erkrankungen, jetzige Klagen und Beschwerden etc. beziehen, einen gewissen Allgemeineindruck von der psychischen Persönlichkeit des Kranken und wird danach auf eventuell krankhafte Gebiete des Seelenlebens unvermerkt übergehen. Die Untersuchung hat selbstverständlich, wenn auch naturgemäß häufig nicht beim ersten Sehen, alle Gebiete des Seelenlebens zu umfassen.

Wie über das Bewußtsein und „Orientiertsein" des Kranken gewinnt man häufig auch über den Gemütszustand durch einige Fragen oder auch schon durch den bloßen Anblick der Gesichtszüge einen wesentlichen Anhaltspunkt.

Aus dem lebhaften, fortwährend wechselnden Mienenspiel der Maniakalischen, aus den düsteren, oft bleichen und verschlossenen Gesichtszügen Melancholischer und Hypochonder, den eigenartig verzogenen Gesichtszügen Katatonischer, dem lauernden Blick der Paranoiker und dem harmlos vergnügten Lächeln der Paralytiker gewinnt der Arzt Hinweise, nach welchen Punkten krankhaften Seelenlebens sich die Untersuchung hauptsächlich zu richten hat.

So wird man öfters, wenn man auf Grund des grübelnden und verzweifelten Gesichtsausdruckes eines sich Selbstvorwürfe machenden Melancholikers diesem durch entsprechende, teilnahmsvolle Fragestellung seelisch nahe getreten ist, leicht in die verborgenen

Tiefen des Seelenschmerzes des Kranken eindringen. So wird man häufig auf eine Frage, wie: „Es geht Ihnen doch sehr gut?“ etc., die an den dementen Paralytiker mit stupid lächelnden Gesichtszügen gerichtet wird, mit der vergnügten Bejahung der Frage zugleich den ganzen Schatz exorbitanter Größenideen des Kranken erfahren.

Es hält oft bei der Untersuchung schwer, den Gemütszustand des Kranken zu erkennen, da derselbe auf Fragen danach gar nicht oder nur ungenügend antwortet. Dann gilt es durch scheinbares Abgehen von dem Punkte und stetes gelegentliches Zurückkommen sich darüber Klarheit zu verschaffen. Das ist gerade die Kunst des erfahrenen Irrenarztes, daß er solchen Kranken zum Teil wider ihren Willen Bekenntnisse über ihren Seelenzustand entreißt.

Indessen auch die unbedingt negative, sprachliche und motorische Äußerung auf Reize, Mutismus, ist ja von wesentlicher diagnostischer Bedeutung. Der Stuporöse wird zu keiner Auskunft zu bringen sein, infolge des akuten Darniederliegens seiner geistigen Tätigkeit, der Katatoniker will vielfach nichts antworten, dem Melancholiker verschließt seine Verstimmung oder Angst und einem Paranoiker eventuell eine Wahnidee oder eine imperative Halluzination den Mund, von den tiefen Blödsinnszuständen gar nicht zu reden. —

Bei der nie zu unterlassenden Untersuchung auf den Intelligenzzustand bedient man sich praktischerweise der dazu zusammengestellten Fragebogen, z. B. der Sommerschen, die allerdings nicht rein diesen Zweck verfolgen, sondern nach seinem Prinzip der

Untersuchung mit dem gleichen Reiz Vergleiche der Ergebnisse zu verschiedenen Zeiten, unter mancherlei Versuchsbedingungen und dergl. bezwecken. Die typischen, stets wiederkehrenden Fragen richten sich auf Ort, Zeit und Umgebung (Orientierungsfragen), auf Alphabet, Wochentage, Monatsnamen, Vaterunser, 10 Gebote, Kaiser, letzte Kriege, Länder, Städte, Flüsse, Jahreszeiten, Himmelsrichtungen und Himmelsvorgänge wie Mondphasen, und besonders auf die 4 Spezies des Rechnens. Hiermit prüfen wir also die einfachen Schulkenntnisse, die auch im allgemeinen bei der gleichen Schulung geistiger Besitz eines erwachsenen Vollsinnigen sind. — Naturgemäß muß man je nach der Vorbildung der zu Untersuchenden mit der Bewertung eventuell falscher Antworten wechseln. Wenn man auf dem erwähnten Gebiete der einfachen Schulkenntnisse keine oder nur geringwertige Störungen erwiesen hat, gehe man auf höhere Gebiete und konstatiere da eventuell Gedächtnisdefekte und Folgerungsfehler, indem man die soziale Stellung des Kranken und seine Vorbildung auch da nicht unberücksichtigt läßt. Denn daß z. B. die falsche Beantwortung einfacher geschichtlicher Fragen bei einem der gebildeten Klasse oder gar dem Gelehrtenstand Angehörigen eine ganz andre, viel schwerere Bedeutung hat als etwa bei einem polnischen Rekruten, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden.

In manchen Fällen, namentlich in der besseren Praxis, empfiehlt sich auch das umgekehrte Verfahren, vom Schwereren zum Einfachen herabzusteigen. Hierüber entscheidet der Takt des Untersuchers, sowie ein

gewisser Instinkt. Ausdrücklich sei noch bemerkt, daß man nie auf eine intakte Intelligenz schließen darf, wenn auf eine Frage, wie nach dem Kaiser usw., der zu Untersuchende richtig antwortet und dabei ein verwundertes Lächeln über eine anscheinend so sonderbare Frage bemerken läßt. Geht man nur einen kleinen Schritt weiter in der Untersuchung auf intakte Intelligenz, besonders indem man rechnen läßt, so ist man oft erstaunt über die Größe des Intelligenzdefekts, den man dabei feststellen kann.

Bei der Rechenprüfung ist, abgesehen von den bekannten Sommerschen Rechenbögen, zu empfehlen, Aufgaben zu geben, wie: fortgesetzt von 100 sieben abzuzählen. Bei solch an und für sich einfachen Aufgaben ergibt sich, abgesehen von eventuellem Defekt des Rechenvermögens selbst, zugleich ein Prüfstein auf erhaltene Merkfähigkeit und auf die Fähigkeit der Durchführung einer Zielvorstellung. Die Merkfähigkeit — Behalten jüngster Eindrücke — wird praktisch mit der Ranschburgschen Wortpaarmethode geprüft, wobei Gruppen von je 2 entweder assoziativ miteinander verknüpfter oder ohne innern Zusammenhang stehender zweisilbiger Worte vorgesprochen und nach einer Pause teils mit, teils ohne Nennung des 1. Wortes wiederholt werden sollen.

Neben der Prüfung des Schulwissens wird in neuerer Zeit, namentlich auf Ziehens Vorgehen hin, als Prüfung der Intelligenz ein größerer Wert auf die Feststellung des „Lebenswissens“ gelegt, fußend auf der Erfahrung, daß trotz der allgemeinen Schulbildung doch eine große Anzahl als vollsinnig zu Betrachtender

bei der Prüfung auf die genannten Schulkenntnisse versagt, daß andrerseits bei einer Reihe von Schwachsinnsprozessen durch die bisherigen Methoden die tatsächlich vorliegenden Defekte nicht nachzuweisen sind. Solcher Fragen des Lebenswissens sind die nach dem Alter der Kinder, nach dem Preise von Lebensmitteln, nach dem Zeitpunkt von Ernte und Markt.

Um einen Wert für die optische Vorstellungs- und Erinnerungskraft zu haben, habe ich aus ähnlichen Erwägungen schon seit Jahren bei Intelligenzuntersuchungen die Aufgabe gestellt, auf ein Reizwort hin alles aufzusagen, was dem zu Untersuchenden einfiel; z. B. Kasernenstube, Kirchgang, Parade, Schulzimmer, Jahrmarkt usw.

Zur Prüfung, ob der zu Untersuchende übergeordnete Begriffe zu bilden imstande ist, erzählt man eine einfache, pointierte Geschichte und fragt, wie man das nennt. Ferner hat sich bei vielfacher Anwendung ausgezeichnet bewährt die Methode der Unterschiedsfragen; z. B. was ist der Unterschied zwischen Baum und Strauch, Fluß und Teich, Wasser und Eis, Tür und Fenster, Leiter und Treppe, Korb und Kiste, Borgen und Schenken, Irrtum und Lüge, Geiz und Sparsamkeit (Ziehen).

Vielfach wird zu Intelligenzuntersuchungen ferner angewandt die Ebbinghaussche Ergänzungsmethode. In einer einfachen Erzählung sind einzelne Silben und Worte ausgelassen und durch je einen Strich ersetzt; der zu Untersuchende soll nun das Fehlende ergänzen.

Zur Prüfung der Erinnerungsfähigkeit werden vielfach einfache, wenn möglich bunte Bilder vorge-

legt, die nach einiger Zeit zuerst frei beschrieben werden sollen, wonach bestimmte Fragen nach den bekannten Beispielen der Versuche zur Psychologie der Aussage gestellt werden, darunter auch induktive und eventuell irreführende.

Im Interesse einer exakten Untersuchung liegt es, bei manchen Kranken nicht so intensiv die Intelligenz- bezgl. Gedächtnisprüfung auszudehnen, da deren Aufmerksamkeit oft außerordentlich leicht ermüdet — was ja natürlich auch ein wesentliches Krankheitszeichen ist — und hierdurch leicht ein zu großer Defekt angenommen wird. Die wiederholte und verschiedene Gebiete berührende Untersuchung lehrt uns dann den mehr oder weniger großen vorhandenen Wissensschatz erkennen. —

Anomalien im Triebleben werden oft auf brüskes direktes Fragen hin zugestanden, resp. es unterliegt deren Feststellung keinen Schwierigkeiten. Oft aber erfordert es den ganzen Scharfsinn des Arztes heraus, den Kranken in seinen verkehrten Trieben zu ertappen oder das Geständnis davon von ihm zu erhalten. Und häufig genug ist man hierbei nur auf die anamnestischen Angaben von Verwandten und Bekannten des Kranken angewiesen, die leider häufig nicht zuverlässig sind, da gerade von verkehrten Handlungen und Trieben von den Verwandten gern auch dem Arzt gegenüber etwas vertuscht wird.

Eine der oft am schwierigsten zu konstatierenden Erscheinungen bei Geisteskranken sind die Sinnestäuschungen. Halluzinationen sind, wie erwähnt, unbedingt Erscheinungen einer krankhaften Seelentätigkeit.

Da doch die Kranken die leibhafte Sinnesempfindung haben, sehen und hören, glauben sie auch an die Realität ihrer subjektiven Sinnesempfindung und haben keinen Grund, von ihren Wahrnehmungen, wenn sie nicht außergewöhnlicher Natur sind, dem Arzte Mitteilung zu machen. Doch sind diese subjektiven Sinneseindrücke anscheinend oft besonderer, ungewöhnlicher Art, so daß die Kranken selbst den Ausdruck „Stimmen hören“ und „Gestalten sehen“, auch „Bilder sehen“ gebrauchen. Vielfach allerdings verheimlichen auch die Kranken, namentlich die schon lange Zeit Erkrankten, besonders also chronische Paranoiker, absichtlich ihre Sinnestäuschungen, da sie es aufgegeben haben, auch andere Personen von deren Realität zu überzeugen. —

Die Feststellung einer verborgenen und absichtlich verborgen gehaltenen Wahnidee ist wohl die schwierigste Aufgabe der praktischen Psychiatrie und dürfte dem Fachpsychiater vorzubehalten sein. —

Die Vortäuschung einer akuten Geistesstörung wird meist mit Leichtigkeit erkannt, da einerseits es eines sehr großen Geschicks, einer eminenten Willenskraft und hervorragend schauspielerischer Kunst bedürfte, genau und ausdauernd einen Geisteskranken darzustellen, da andrerseits der Simulant meist in plumper Weise übertreibt und Krankheitsbilder darstellt, die Züge aller möglichen Arten von Geistesstörungen enthalten. Indessen ist es eine Erfahrungstatsache, daß außerordentlich häufig diejenigen, die eine Form einer Geistesstörung simulieren, tatsächlich an einer anderen leiden; es sind dies ebensowohl chronische Paranoiker, alko-

holisch Irre und Epileptiker, wie vor allem die Klasse der Entarteten und Schwachsinnigen. —

Niemals darf der Untersucher die Frage der Ätiologie unberücksichtigt lassen. Es bieten ja die anamnestischen Angaben einen so bequemen Anhaltspunkt, um überhaupt mit dem Kranken sich ins Einvernehmen zu setzen, der häufig trotz seines instinktiven Widerwillens gegen die psychische Untersuchung eine Frage nach seinen Eltern und Verwandten, seiner Heimat beantwortet und somit einen Anhaltspunkt für weitere Fragen bietet.

Auf dem Wege der Unterhaltung, die zugleich als Gedächtnisprüfung dient, erhalten wir Daten, ob besondere Schädlichkeiten in der Jugend auf den Kranken eingewirkt haben, schlechte Erziehung, verderblicher Umgang, böse Lektüre, ungünstige häusliche und soziale Verhältnisse, ungenügende Schulbildung, ob Traumen, Ausschweifungen (Masturbation!) in Venere et Baccho vorliegen.

Die anamnestische Konstatierung einer überstandenen Lues ist oft mit großen Schwierigkeiten verknüpft, da einerseits die Kranken von jener Krankheit als einer „schlechten“ nicht gern erzählen, andererseits sie, namentlich bei Frauen, oft unbemerkt verläuft und da ferner bei Paralytikern oft jede Erinnerung daran völlig verschwunden ist. Und die als körperlichen Zeichen einer alten Syphilis bekannten Symptome sind ja nicht unbedingt eindeutig.

Fragen nach Ausschlag, Frühgeburten und Aborten bei den Frauen, nach Ausschlag und frühem Hinsterben der Kinder geben häufig auch in Fällen, wo die Kon-

statierung der Lues schwer fällt, einen deutlichen Hinweis auf jene Krankheit.

Ein wesentlicher Punkt, der für das Vorliegen früherer Syphilis spricht, die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit nach Lumbalpunktion, wird bei Besprechung der Paralyse zu erörtern sein.

II. Spezieller Teil.

Die einzelnen Formen der Geisteskrankheiten.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft erscheint es leider noch nicht angängig, eine wissenschaftlich begründete Einteilung der Geisteskrankheiten zu machen, ohne auf Härten zu stoßen. Weder eine Einteilung nach den Lebensaltern, noch nach den angenommenen Entstehungsursachen, also nach ätiologischen, noch vor allem nach anatomischen Gesichtspunkten erscheint durchführbar. Die Einteilung nach Störungen des Verstandes etc. ist ungenau und lückenhaft. Das nächstliegende, die Einteilung nach den klinischen Krankheitszeichen, läßt uns insofern im Stiche, als dieselben äußern Krankheitszeichen bei einer Anzahl durchaus verschiedener Geisteskrankheiten gefunden werden, und ferner, da dieselbe Krankheit im Laufe ihrer Entwicklung die verschiedenartigsten Krankheitsbilder aufweist (Paralyse!). Auch erscheint die Durchführung einer Einteilung nach prognostischen Gesichtspunkten, nach Ausgang in Heilungsmöglichkeit oder psychischen Verfall, in sogenannten „Defektpsy-

chosen“ nicht systematisch durchführbar bei der Vielgestaltigkeit psychischer Krankheitsbilder.

Es erscheint mir angebracht, unter Verzicht auf jedes wissenschaftliche Einteilungsprinzip die einzelnen bekannteren und wichtigsten Formen von Geistesstörung zu besprechen unter Einordnung der einzelnen Krankheitsbilder unter die Rubriken der staatlichen Zählkarte, da dies mir am meisten dem praktischen Bedürfnis zu entsprechen scheint, aus dem dieses Büchlein entstanden ist.

Unter Veränderung der Reihenfolge der Krankheitsgruppen auf der Zählkarte seien die in folgende Gruppen gehörigen Geisteskrankheiten besprochen:

1) Einfache Seelenstörungen,
2) Paralytische Seelenstörung,
3) Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie,
4) Idiotie, Imbezillität und Kretinismus,
5) Alkoholisches Irresein.

1) Die einfachen Seelenstörungen.

Die einfachen Psychosen werden als Gruppe darum zusammengefaßt, weil sie, ohne begleitende Neurose (wie Gruppe 3) und ohne angeboren zu sein (wie Gruppe 4), sämtlich sogenannte „funktionelle“ Erkrankungen des Zentralnervensystems sind.

Dies heißt, mit den Hilfsmitteln, die uns der augenblickliche Stand der Wissenschaft bietet, sind wir nicht imstande, für diese Geisteskrankheiten die entsprechenden pathologisch-anatomischen Veränderungen im Zentralnervensystem nachzuweisen. Wohl

ergeben die Sektionen von Personen, die in einer einfachen Seelenstörung gestorben sind, pathologische Gehirnbefunde, wie Hyperämie oder Anämie der Rinden- und der weißen Substanz, Hyperämie oder Exsudate und Auflagerungen in den Hirnhäuten, Trübung und Schwellung des Ependyms der Ventrikel, Hydrops der Ventrikel und einzelne oder massenhafte Hämorrhagien.

Aber gerade diese Masse von verschiedenartigen Befunden bei derselben Krankheit beweist eben, daß die durchgehende pathologische Veränderung, die bei den gleichen Krankheitssymptomen die gleiche sein müßte, sich bis jetzt dem Auge des Forschers entzogen hat. Noch mehr geht dies daraus hervor, daß solche Veränderungen im Gehirn als zufällige Leichenbefunde sich auch bei der Sektion von Menschen finden, die bei Lebzeiten keinerlei psychische Abnormitäten aufgewiesen hatten.

Es ist wohl anzunehmen, da anscheinend gröbere anatomische Veränderungen nicht vorliegen, daß mindestens ein Teil dieser Psychosen durch mikro-chemische Vorgänge, Ernährungsstörungen, Giftwirkungen und Stoffwechseländerungen hervorgerufen ist. —

Unter dem Namen der einfachen Seelenstörungen werden mehrere, durchaus verschiedenartige Geisteskrankheiten zusammengefaßt, die jenes vorher erwähnte gemeinschaftliche Kennzeichen darbieten. Bezüglich der Einteilung ist zu bemerken, daß die einzelnen psychiatrischen Schulen darin wesentliche Unterschiede machen, daß besonders die Einteilung der komplizierten Psychosen und deren Zuteilung zu anderen Formen

von Geistesstörung von den verschiedenen Autoren nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten gehandhabt wird.

Auch hierdurch wird zum Teil, abgesehen von lokalem häufigerem Auftreten einzelner Formen der geistigen Erkrankungen, der auffallende Unterschied erklärt, der in den einzelnen Kliniken und Krankenhäusern bezüglich der Häufigkeit der Erkrankungsformen sich vorfindet.

Manie.

Vorausschicken möchte ich der Besprechung dieser Krankheitsform, daß die echte Manie eine seltene Krankheit ist. Denn das, was für gewöhnlich als Manie bezeichnet wird, ist meist nur ein manischer Anfall im Verlauf von zyklischen und periodischen Psychosen. Andrerseits gleicht aber auch der manische Zustand im Verlauf andrer Psychosen so sehr dem hier zu zeichnenden Bilde, daß im didaktischen Interesse eine eingehendere Betrachtung sich als nützlich erweist. —

Die Manie entsteht meist akut nach kürzer oder länger andauernden Prodromen, die psychischen Erkrankungen so häufig vorangehen, bezüglich deren erste äußere Anzeichen sind. Solche sind Kopfschmerzen, schlechter, durch lebhafte, beunruhigende Träume gestörter Schlaf, leichte Reiz- und Erregbarkeit, unmotivierter Stimmungswechsel, unstätes Wesen, in ihren Objekten wechselnde Unternehmungslust, gesteigerte geschlechtliche Erregung, hie und da „sonderbare“ Reden und Handlungen. Diese Symptomen-

gruppe kann kürzere oder längere Zeit andauern; in manchen Fällen steht das vollentwickelte Krankheitsbild scheinbar völlig plötzlich aus geistiger Gesundheit heraus da. Genauere Ausforschung der Verwandten wird indessen auch in solchen Fällen häufig genug ein oder das andere Frühsymptom nachweisen lassen, während in anderen Fällen wochen-, auch ein oder zwei Monate lang derartige, sich meist an Intensität steigernde Früherscheinungen beobachtet werden.

Wohl in der größten Mehrzahl von Fällen entsteht die Manie auf dem Boden einer nicht intakten Seelenanlage. Der manische Anfall ist vielfach das Zeichen der krankhaften Veranlagung, der Ausdruck einer zyklischen oder periodischen Geistesstörung, also durchaus endogenen Ursprungs. Bei genauerer Erforschung finden wir häufig, daß schon in früherer Zeit ein solcher Zustand bestanden hat, oder wenigstens ein (als Hypomanie aufzufassender) Zustand größerer psychischer Erregtheit. Auch wird öfters ein Anfall von geistiger Depression aus dem Vorleben berichtet. Verfolgt man die Lebensschicksale Manischer weiter, so sehen wir, daß in vielen Fällen die „Heilung“ keine völlige blieb, sondern wieder manische oder melancholische Anfallszustände auftraten. —

Das vollentwickelte Krankheitsbild charakterisiert sich wesentlich durch den Fortfall der bei Gesunden bestehenden Hemmungen. Ein Gesunder ist imstande, durch „Aufmerksamkeit“ seinen Gedankengang zu zügeln und in bestimmte Bahnen zu leiten, indem er etwa auftauchende Nebengedanken nicht verfolgt und unberücksichtigt läßt. Ein Gesunder vermag seine

Stimmung wenigstens teilweise im Gleichmaß zu halten, vermag in ihm auftauchenden Trieben (z. B. plötzlich zu lachen, singen, schreien, tanzen) Widerstand zu leisten.

Diese „Hemmungen“ Gesunder fallen bei dem manisch Erkrankten weg. Hierdurch entwickeln sich ungezwungen die Hauptsymptome der Krankheit.

Das Symptom der Ideenflucht fällt dem Beobachter meist zuerst in die Augen. Jeder Gegenstand, den der Kranke sieht, wird zum Anknüpfungspunkt von Erörterungen, die oft sofort wieder unterbrochen werden, da dem Kranken schon ein neuer Gegenstand, der neue Gedankenreihen in ihm erweckt, vor die Augen gekommen ist. Die Gedanken bleiben nicht bei dem Gegenstande der Beobachtung oder Erörterung, sie werden fortgesetzt abgelenkt. Der Kranke kann hierdurch einen Gedanken nicht ausdenken, er springt ab. Ferner bilden zufällige Ähnlichkeiten im Aussehen, Klanggleichheiten im Wortbild, Assonanz und Alliteration, häufig gebrauchte Sprachwendungen und Sprichwörter die Übergänge, an welche die Kranken oft die seltsamsten, teilweise durch anscheinende „Originalität“ und „Witz“ überraschende, Gedankengänge oder besser Gedankensprünge knüpfen. Solche manische Kranke erscheinen dem unbefangenen Beobachter deshalb häufig geistreich und witzig. Doch fehlt ihrem Gedankengange jede Tiefe. Sie können durch die Flucht und Masse der sich ihnen aufdrängenden Gedanken keinem einzigen Gedanken auf den Grund gehen und ihn nach allen Seiten hin ausspinnen. In den höheren Graden dieser Störung sprechen die Kranken unausgesetzt Worte, die einem geistesgesunden Zuhörer

anscheinend gar keinen Zusammenhang zu haben scheinen, obwohl der Kranke, wie wohl sicher angenommen werden kann, und sich zum Teil auch durch Analyse der nachstenographierten oder phonographisch aufgenommenen Äußerungen nachweisen läßt, irgend eine Gedanken- oder Lautverbindung dazwischen hat. In den höheren Graden wird dies Wortesprechen zur Verbigeration; selbst die unzusammenhängenden Worte genügen dem Gedankenflusse nicht mehr, wir hören nur ein Stammeln und Heraussprudeln von einzelnen Silben und Lauten.

Da jegliche Hemmung wegfällt oder wenigstens stark vermindert ist, sind die Kranken in motorischer Erregung, wie dies ja auch dem beschleunigten Ablauf ihrer Gedanken entspricht. Sie springen, tanzen, singen, lärmen und schreien, vollführen die seltsamsten Gesten und Bewegungen. In den höheren Graden der Krankheit sind sie ruhelos Tag und Nacht in Erregung, die häufig genug zur „Tobsucht“ ausartet. Da die Kranken keine Zeit haben, Gefühle zu empfinden, wenn der Ausdruck gestattet ist, so fehlt ihnen das Gefühl der Ermüdung völlig, das hingegen den Simulanten zwingt, sich von Zeit zu Zeit zur Ruhe zu begeben, um wieder Kräfte zu neuem Toben zu sammeln. —

Durch die andauernde psychomotorische Erregung ist der Schlaf gestört, ebenso die Ernährung. Der manisch Kranke verliert im Erregungsstadium schnell und viel von seinem Gewicht.

Entsprechend dem Wegfall sonst gewohnter Hemmungen fühlen die Kranken sich wohl, gesund und frei. Sie sind dadurch in lustiger, heiter erregter

Stimmung. Doch durch äußere und innere Anlässe schlägt die heitere Stimmung recht häufig und vor allem rasch und unvermittelt in die zornig erregte um, die Lust in Unlust. In einzelnen Fällen von Manie herrscht auch die zornige Erregung und Erregbarkeit vor der heiteren Stimmung vor. Auf die heitere Erregung der Kranken, die häufig genug erotisch gefärbt ist, ist die vielfach hervortretende Sucht, sich zu putzen und zu schmücken, zurückzuführen, wodurch manche, besonders weibliche Kranke sofort als maniakalisch zu erkennen sind.

Die Manie ist vorwiegend eine Erkrankung des Gefühlslebens, des Affekts. Das logische Denken kann in den leichteren Graden der Krankheit, sowie in ruhigen Momenten bei schwerer Erkrankten vollkommen oder nahezu völlig erhalten sein. Sie beruht nicht auf tieferen organischen Veränderungen des Zentralnervensystems, erlaubt also auch eine Heilung, Wiederherstellung der normalen Funktion des Gehirns und Seelenlebens.

Sehr zu beachten ist, ob in einem manischen Zustandsbild Züge von geistiger Schwäche von vornherein erkennbar sind; es ist dann weniger wirklich gehobene Stimmung, freier, flotter Gedankengang zu beobachten, sondern trotz des anscheinend heiteren Wesens eine innere Gleichgültigkeit, Apathie, Unproduktivität, häufig begleitet von stereotyp wiederkehrenden, oft albernen und sinnlosen Äußerungen. Während der manisch Erkrankte außerordentlich schnell auffaßt, seine Umgebung gut beobachtet, seine Beobachtungen oft in witziger Weise wiedergibt, beobachten

wir dagegen völlige Stumpfheit und Interesselosigkeit: es handelt sich dann um ein maniakalisches Stadium im primären Schwachsinn; häufig zeigt die Hebephrenie ein solches Initialstadium. Die Prognose ist bei diesen Begleitungssymptomen demgemäß eine sehr zweifelhafte, weil eben keine echte Manie vorliegt.

Bei der Manie als einer funktionellen Psychose finden wir keine Veränderungen der Reflexerregbarkeit, der Sensibilität und keine Lähmungserscheinungen. (Differentialdiagnose gegen die maniakalischen Stadien der Paralyse!)

Durch den erleichterten Gedankenablauf und die infolge des Wegfalls der Hemmungen erhöhten Lustgefühle zeigen die Kranken öfters einzelne Größenvorstellungen. Indessen sind diese Größenideen nicht konstant und fixiert, sondern wechseln an Intensität und Beziehung. (Differentialdiagnose gegen Paranoia!)

Die Kranken „spielen“ mit ihren Wahnvorstellungen, während diese bei der Paranoia fixiert und systematisiert den Grundstock des neuen pathologischen Seelenlebens bilden.

In den Fällen von Manie, die mit zorniger Erregung einhergehen, aber auch in anderen, sind ebenso flüchtig auftauchende Verfolgungsvorstellungen zu bemerken, die wohl in manchen Fällen darauf zurückzuführen sind, daß die Kranken tatsächlich Hinderungen erfahren, ihrem übermäßigen Bewegungsdrang nachzugehen.

Ebenso wie diese Wahngedanken treten auch im Verlauf der Manie Sinnestäuschungen auf, die sämtliche Sinnesorgane betreffen können. Diese sind an

Intensität und Qualität durchaus nicht gleichmäßig, bilden vielmehr eine ununterbrochene Reihe von leichten, abnormen Gefühlsempfindungen bis zu den großartigsten und beglückendsten Gesichtstäuschungen. Hie und da treten auch Sinnestäuschungen unangenehmer Art auf.

Jedoch treten bei der Manie Sinnestäuschungen nur vereinzelt, nicht das Krankheitsbild beherrschend auf. Vielfache Sinnestäuschungen in einem maniakalischen Zustandsbild erwecken den Verdacht auf Vorliegen einer Form des Jugendirreseins und müssen zur genauen Prüfung auf Vorliegen von Anzeichen primärer geistiger Schwäche und Gemütsstumpfheit veranlassen. Auch an manische Phasen im Verlauf der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit ist beim Vorliegen eines manischen Zustandsbilds mit zahlreicheren Sinnestäuschungen zu denken.

Das Bewußtsein, das in den leichten Graden der Krankheit völlig erhalten ist — es kann sogar eine gewisse Krankheitseinsicht bestehen — ist in den schweren Graden, die einen traumartigen Charakter haben, infolge der andauernden Ablenkung und Erregung im gewissen Grade gestört. Doch ist auch hier hervorzuheben, daß tiefere und vor allem länger andauernde Störung des Bewußtseins und der Orientiertheit auf die Zugehörigkeit zur Krankheitsform der halluzinatorischen Verwirrtheit hinweist. —

Nachdem die Krankheit einige Wochen bis Monate auf ihrem Höhepunkt gestanden hat, ist meist ein rasches Verschwinden der meisten Krankheitserscheinungen und dann ein langsameres Verschwinden der

letzten krankhaften Bestandteile des Seelenlebens zu bemerken. Nicht zu selten tritt, von Exacerbationen und Remissionen unterbrochen, im Laufe von mehreren Monaten die Heilung, d. h. die Wiederherstellung des früheren Seelenzustandes ein.

Wie oben erwähnt, entsteht die Manie bezüglich der manische Anfall meist auf dem Boden krankhafter Seelenanlage. Wenn darum auch die Prognose des einzelnen Anfalles als meist günstige zu bezeichnen ist, so bleibt eine völlige geistige Gesundheit ausgeschlossen, es tritt nur eine „relative Heilung" ein; der krankhafte Zustand bleibt und mit ihm die Möglichkeit des Entstehens neuer Anfälle von Geistesstörung.

Ursächlich ist bei dieser Erkrankung, abgesehen von der erwähnten krankhaften angeborenen oder erworbenen Veranlagung und von all den anderen als ätiologische Momente zum Ausbruch geistiger Erkrankungen bekannten Schädlichkeiten, besonders der Einfluß des Geschlechtslebens, erste Menstruation, Gravidität, Puerperium, Laktation und speziell wieder der Einfluß von fieberhaften Erkrankungen während des Wochenbetts hervorzuheben. Demzufolge sind auch die überwiegende Mehrzahl der an Manie Erkrankten weiblichen Geschlechts. Weil vielleicht meistens auf krankhafter Veranlagung beruhend, sehen wir oft schon nach geringfügigen Gelegenheitsursachen, oder auch ohne eine solche, die Entstehung der Krankheit. —

Manieartige Zustände werden bei einer großen Reihe von Geisteskrankheiten beobachtet. Hysterische und epileptische Psychosen zeigen eine Reihe verwandter Züge, im Verlauf der Katatonie und Paralyse

sehen wir sehr häufig derartige Zustände; auch im Verlauf der Paranoia kommen Erregungszustände, die der Manie ähneln, vor; die große Ähnlichkeit mit der halluzinatorischen Verwirrtheit ist schon erwähnt. Wir dürfen also, wie bei all den andern funktionellen Psychosen, die Diagnose „Manie“ erst stellen, wenn sorgfältig die andern Krankheitsformen ausgeschlossen sind — und selbst danach stehen wir noch vor der oft kaum zu beantwortenden Frage der Zugehörigkeit des Falles zu den zyklischen oder periodischen Psychosen.

Eine Anstaltsbehandlung ist meistens, abgesehen von den leichteren Formen der „Hypomanie“ Mendels, die auch in sachgemäßer Familienbehandlung ablaufen kann, unumgänglich nötig, sowohl im Interesse der Kranken selbst, die zu Hause kaum die nötige Überwachung haben können, und vor allem nicht vor der immer wieder aufregenden Berührung mit der Außenwelt ferngehalten werden können, als auch im Interesse ihrer Umgebung, die durch das unberechenbare Treiben solcher Kranken in ständiger Unruhe und Gefahr schwebt.

Die Behandlung muß vor allem beruhigend einwirken durch Bettruhe, Dauerbäder, Packungen und, im Falle hierdurch keine Beruhigung eintritt, narkotische Mittel, durch geregelte Nahrungsaufnahme und Sorge für die körperlichen Funktionen und Reinlichkeit muß der Kräftezustand soviel wie möglich erhalten werden. Zu vermeiden ist möglichst eine zu frühe Entlassung aus der Anstalt, bevor nicht jede Erregung und vor allem Erregbarkeit durch Fremdes und Ungewohntes verschwunden ist.

Gelegentlich sieht man einen manischen Zustand abblassen, doch tritt nicht sofort Heilung ein, sondern eine andere Erscheinungsform der zugrunde liegenden Psychose. Die Kranken verlieren dann ihre Erregtheit und werden ruhig, man glaubt sie auf dem besten Wege zur Heilung, bis die ruhige Stimmung ins Pathologische umschlägt. Wenn es sich nicht um zyklisches Irresein handelt, dann ist auch dieser Ausgang der Manie prognostisch meist nicht ungünstiger aufzufassen; gewöhnlich verlängert sich nur die Heilungsdauer durch diese Komplikation. Dieser Umschlag von Manie in Stupor wird nicht selten bei den puerperalen Psychosen beobachtet, wie ja auch umgekehrt, und zwar häufiger, puerperaler Stupor in Manie sich verwandelt.

Bedenklich ist eine längere Krankheitsdauer als ein Jahr; der Ausgang in sekundären Schwachsinn, eine psychische Versumpfung mit chronisch maniakalischen Zügen, liegt nahe. Aber auch bei Manien von weit längerer Dauer werden noch völlige und dauernde Heilungen beobachtet.

Ganz vereinzelt beobachtet man, daß an einen manischen Zustand sich eine Paranoia von chronischem Verlauf anschließt. Die im Verlauf des manischen Zustandes aufgetauchten Wahnvorstellungen werden festgehalten und ausgebaut, während die für Manie charakteristischen Krankheitserscheinungen sich verlieren. Dann ist wohl der manische Zustand nur als eine ungewöhnliche Prodromalerscheinung der Paranoia aufzufassen.

Als letzte Ausgangsart der Manie ist der Tod zu

bezeichnen. Er ist dann entweder auf eine schon lange bestehende körperliche Erkrankung, wie Phthise, Nephritis, Herzfehler etc. zurückzuführen, die durch die hinzukommende psychische Erkrankung ungünstig beeinflußt wird, oder es ist die Manie selbst die Todesursache durch Erschöpfung, Inanition, Trauma oder Selbstmord. Die Kranken haben häufig kein Hungergefühl und führen infolgedessen trotz des großen Verbrauchs der Körperkräfte bei ihrer motorischen Erregung ihrem Körper nicht genügend Nahrung zu. Auch gerade im Hinblick auf diesen Gesichtspunkt, auf eine geregelte und sachverständig kontrollierte Nahrungsaufnahme, sowie zur Verhütung einer Selbstbeschädigung ist die Anstaltsbehandlung mindestens wünschenswert.

Melancholie.

Die Melancholie ist, ebenso wie die Manie, im wesentlichen eine Erkrankung des Affekts; die eine nach der expansiven, die andere nach der depressiven Seite hin. Während die Maniakalischen heitere Erregung, erleichterten Gedankenablauf und motorische Erregtheit zeigen, finden wir diese drei Gebiete des Seelenlebens beim Melancholiker sich gerade umgekehrt verhalten.

Die Melancholie ist eine in fast allen Lebensaltern vorkommende Krankheitsform. Während sie in der Jugend- und der Pubertätszeit meist bei psychopathisch Belasteten auftritt, scheint sie im höheren Alter eine eigenartige, selbständige Krankheit zu sein.

Anfälle von melancholischer Form werden im Ver-

lauf des zyklischen wie des periodischen Irreseins häufig beobachtet.

Diese Formen zeigen stets gewisse eigentümliche Züge; ihre Verlaufsart ist rascher, es mischen sich in das Bild der Melancholie Züge anderer Störungen, z. B. manische Anwandlungen. Indessen herrschen auch bei den melancholischen Anfällen dieser Psychosen die Grundzüge der einfachen Melancholie vor.

Depressive, der echten Melancholie ähnelnde Stadien, werden bei einer Reihe andrer Krankheitsformen beobachtet, z. B. verläuft eine epileptische Psychose nicht zu selten unter diesem Bilde, dem allerdings meist gewisse charakteristische Züge beigemischt sind. Im Verlauf des hysterischen und paralytischen Irreseins, ebenso wie der chronischen Paranoia und der Katatonie, besonders auch bei Tumoren etc. des Gehirns sehen wir Krankheitsbilder, die der echten Melancholie mindestens sehr ähneln. Also auch hier sind die andern Formen von Irresein auszuschließen, dadurch daß geforscht wird, ob im körperlichen oder psychischen Befund sich Zeichen auffinden lassen, die für das Bestehen einer andern psychischen Krankheit sprechen. —

Das Grundsymptom der Melancholie ist die traurige Gemütsstimmung, Depression. — Depressionszustände finden sich jedoch symptomatisch außer den genannten Krankheitsformen noch häufig als Zustandsbilder des Jugendirreseins. Doch ergibt dann die genauere Analyse Züge von Kritiklosigkeit, gemütlicher Gleichgültigkeit und Stumpfheit, von unmotivierter läppischer Heiterkeit, unklare Wahnvorstellungen ohne den typisch

melancholischen Charakter des Kleinheits- und Versündigungswahns, Stereotypien und manierierte Handlungen, ähnlich wie oben schon bei den manischen Zuständen derselben Psychose erwähnt wurde.

Nach unseren neueren Anschauungen (Sommer) entsteht wohl der größte Teil aller Depressionen auf nervöser Grundlage, auf psychogener (= hysterischer), neurasthenischer, epileptischer Veranlagung sowie auf autotoxischen Prozessen. Dementsprechend weist auch die wiederholte eingehende neurologische Untersuchung charakteristische Symptome auf. Wir stellen bei psychogenen Depressionen Sensibilitätsstörungen charakteristischer Art fest (Hemian- oder Hyperästhesie, eigenartig abgegrenzte Empfindungsstörungen an den Gliedmaßen, Gesichtsfeldeinengung, Tremor, Reflexsteigerung, event. psychogene Vorreaktion bei Auslösung der Kniesehnenreflexe, psychomotorische Beeinflussung der Reflexe bei graphischer Aufnahme mit Sommers Reflexmultiplikator u. ähnl. mehr). Daß bei solchen Krankheitsbildern auf psychogener Grundlage auch die Erkrankung selbst oft genug psychogen bedingt ist, durch äußere Einwirkung, nach Schicksalsschlägen, psychischen Traumen usw., sei kurz erwähnt. Bei Depressionen auf neurasthenischer Grundlage sind bei genauerer Untersuchung die charakteristischen Züge der Erschöpfbarkeit nicht zu verkennen. Gerade diese subjektiv empfundene dauernde Erschöpfung wirkt wieder als Quelle depressiver Vorstellungen und Gedankenkreise. — Bei den auf epileptischer Grundlage sich entwickelnden Depressionen läßt die genaue Ausforschung Zeichen der zugrunde liegenden Neurose kaum je vermissen;

gelegentliche Schwindelanfälle ohne äußeren Anlaß, Erregbarkeit, anfallsartige Neuralgien ohne objektive Sensibilitätsstörung, gewisse motorische Reizerscheinungen wie Wadenkrämpfe, einzelne isolierte Muskelzuckungen nebst allgemeiner Reflexsteigerung. Bei graphischen Aufnahmen der Zitterbewegungen gelegentlich die Erscheinung des intermittierenden Zitterns. — Als Depressionen auf autotoxischer Grundlage werden solche Zustände bezeichnet, bei denen zugrunde zu legen sind Stoffwechselstörungen wie Diabetes, chronische Nephritis, gewisse Schilddrüsenerkrankungen, chronische Magen- und Darmaffektionen u. ähnl. —

Fahren wir nun mit der Besprechung der gewöhnlichen Verlaufsart einer Depression fort, so ist folgendes zu bemerken.

Der Beginn der Melancholie ist meist ein langsamer, sich über mehrere Wochen oder Monate erstreckender. Nicht selten, wenn anscheinend z. B. ein Selbstmord plötzlich von der Geistesstörung Kunde gibt, kann nachträglich das frühere Bestehen krankhafter Züge im Seelenleben nachgewiesen werden. Solche Zeichen beginnender Melancholie sind steter Kopfschmerz, Gefühl von Leere, stete Arbeitsunlust und -Unfähigkeit, dauerndes Druckgefühl, sich steigernde Angst, Selbstvorwürfe, Klagen über körperliches und seelisches Unbehagen.

Bei der vollentwickelten Krankheit sehen wir eine andauernd trübe und traurige Seelenstimmung, die nicht durch äußere Verhältnisse bedingt ist. Diese Verstimmung ist nicht die normale Reaktion auf äußere Einwirkungen, Ereignisse oder Zustände, sondern sie

ist das äußere Zeichen innerlicher, intrakranieller, pathologischer Verhältnisse.

Diese Gemütsverstimmung ist das Wesentliche des Krankheitsbildes; aus ihr erklären sich die andern Krankheitszeichen ungezwungen.

Die Kranken haben an nichts mehr Lust, sie sind niedergeschlagen und mutlos, ohne Antrieb und verstimmt. Umstände, die sonst Lust erzeugen, bleiben ohne die gewohnte Wirkung oder sie haben gerade im Gegenteil die Wirkung, Unlust zu erzeugen. Die Kranken können nicht mehr lachen und fröhlich sein und werden vielfach noch verstimmter und trauriger, wenn um sie Lust herrscht.

In den leichteren Graden der Krankheit, wenn eine geregelte Denkfähigkeit noch besteht, empfinden die Kranken ihr ständiges Unlustgefühl selbst als krankhaft und widernatürlich, können sich aber nicht dazu aufschwingen, dieses Unlustgefühl von sich abzuschütteln. Es liegt ein dumpfer, einschnürender Druck auf ihnen: sie sind „gehemmt."

Wie wir bei der Manie einen beschleunigten Gedankenablauf finden, bemerken wir bei den Melancholikern einen verlangsamten. Auf Befragen erfolgt, wenn überhaupt, zögernde, leise, ängstliche Antwort (Apathische Form der Melancholie). Spontan äußern die Kranken, da ihr Denkprozeß gemindert, ihre Teilnahme und Interesse sehr herabgesetzt ist, gewöhnlich keine andern Gedanken als die gewohnten traurigen, die sehr oft fortwährend, fast mechanisch und automatenhaft, in denselben eintönigen, jammernden und klagenden Worten ausgedrückt werden. Der Gedanken-

gang kann sich nicht aus dem einförmigen Geleise aufschwingen. — Die Gedanken des Kranken, wie seine Stimmung werden vielfach von einer unsagbaren Angst erfüllt, die entweder fast ständig besteht, oder anfallsweise, dann aber oft mit furchtbarer Gewalt, die Seele peinigt. Fragt man einen Kranken nach dem Sitz der Angst, so wird fast stets die Herzgegend bezeichnet (Präkordialangst), nur selten der Kopf.

Diese Angstzustände sind es auch, die häufig dem äußeren Gebahren des Kranken den Stempel aufdrücken. In seiner furchtbaren Seelenangst ist der Kranke unruhig, erregt, läuft ängstlich umher, weint und schreit (M. agitata), oder der Kranke liegt dauernd zu Bett, wimmernd und die Hände verzweifelt ringend. Andrerseits kann die Angstvorstellung von einer solchen Macht sein, daß sie lähmend auf das ganze Seelenleben einwirkt. In ängstlicher Spannung ist der Kranke fast regungslos (M. attonita).

Der vermehrten psychischen Hemmung entspricht meist auch das motorische Verhalten des Kranken. Mit finsterem, düsterem Gesichtsausdruck liegen viele Kranke regungslos und schlaflos Tag und Nacht zu Bett; andre sind wohl noch zu Bewegungen fähig, doch diese werden langsam, kraftlos und ohne Energie ausgeführt. Man kann öfters beobachten, wie der Wille sich anspornt, eine Handlung auszuführen, bis er nach immer kräftigerer Innervation die entgegenstehende Hemmung überwunden hat. In den höheren Graden der Krankheit ist oft Katalepsie vorhanden; die erhobenen Gliedmaßen bleiben in der ihnen gegebenen, noch so unbequemen Lage längere Zeit stehen, bis sie

dem Gesetze der Schwere folgend, langsamer oder schneller sich senken; Ermüdungsgefühl fehlt dabei.

Die Kranken sind häufig auch in den leichteren Graden unfähig zu jeglicher Arbeit. Selbst die einfachste Hausarbeit können sie nicht mehr verrichten, sie haben kein Interesse an ihrer sonstigen Tätigkeit, ihrem Beruf und ihrer Familie. Diese Gleichgültigkeit und geistige Unfreiheit zu jedem Handeln prägt sich in jeder Beziehung aus. Die geringe Sorgfalt für Reinlichkeit, in Kleidung und Nahrungsaufnahme erklärt sich hierdurch. Gerade diese Hemmung, die Arbeitsunfähigkeit, wird oft von den Kranken selbst als außerordentlich schmerzlich empfunden.

Der Melancholiker hat fast stets die fast zwangsmäßige Neigung zu grübeln. „Weshalb bin ich so traurig?“ fragt sich so mancher Kranke, der ja seinen Gemütszustand selbst als krankhaft anerkennt. Durch Erklärungsversuche, die der Kranke unternimmt, entwickeln sich dann die sekundären Wahnideen der Versündigung und des eigenen Unwerts, die wir so häufig bei Melancholikern finden.

Anknüpfend an ein kleines, tatsächliches Versehen oder eine Unterlassung, entwickelt sich im Kranken, der ja primär schon alles trüb und verzweifelnd ansieht, der Gedanke, ein großer Sünder, ein Verstoßener zu sein, der des Essens und Trinkens nicht würdig sei. Die Wahngedanken des Melancholikers haben vielfach eine religiöse oder hypochondrische Färbung.

Charakteristisch für diese Wahnvorstellung ist, daß die „Schuld an dem Unglück“ etc. nicht einem Dritten auferlegt wird, sondern im eigenen sündigen

Innern, in der eigenen Schlechtigkeit gesucht und gefunden wird. (Differentialdiagnose gegen die Wahnideen bei Paranoia, wo die Verfolgungen etc. durch fremden Einfluß, andre, dritte Personen, durch Verhältnisse, die außerhalb der Einwirkung des Kranken liegen, verursacht werden.)

Vielfach, vielleicht in der Hälfte der in Anstalten behandelten Fälle, besonders in den schwereren Krankheitsfällen sind Halluzinationen, namentlich des Gehörs, aber auch aller anderen Sinne zu bemerken. Diese Sinnestäuschungen sind fast ausnahmslos peinlicher, ja erschreckender Art. Der eine hört unaufhörlich seinen Tod verkünden, ein andrer sieht den geöffneten feurigen Höllenrachen, der riecht Leichen und jener schmeckt Gift. Die Halluzinationen treten meist mit großer Lebhaftigkeit auf, bewirken ein noch tieferes Versinken in den traurigen Affekt und rufen so wieder eine erhöhte Disposition für neue, schrecklichere Sinnestäuschungen hervor.

Wohl in allen einigermaßen schweren Fällen von Melancholie ist Selbstmordneigung vorhanden. Und auch in leichteren Fällen kann man sehr häufig bei eindringlicherem Fragen das Geständnis erhalten, daß die Kranken in ihrer traurigen Verstimmung, die sich ja zu manchen Zeiten zu wahrer Verzweiflung steigert, des öfteren an Selbstmord, als den Retter aus all der quälenden und peinigenden, sich stets verstärkenden Angst und Traurigkeit, gedacht haben; und daß sie nur mit Mühe diesen Trieb — denn dazu wächst oft genug die Selbstmordneigung — durch Aufbietung aller Energie überwunden haben.

Nicht selten ist die Selbstmordneigung plötzlich mit Macht entstanden; aber meist taucht der Gedanke zuerst vereinzelt, durch den Willen noch zurückgedrängt auf. Aber immer häufiger kommt der Selbstmordgedanke dem Kranken, immer vertrauter wird er ihm, immer mehr greift er Besitz von des Kranken Denken, bis plötzlich, dem Beobachter unerwartet, die Katastrophe eingetreten ist. Denn ängstlich hütet der Melancholiker sich, von seiner Selbstmordneigung zu sprechen; es sind Hysterische und Imbezille, die durch Erwähnung oder Androhung eines Selbstmordversuchs etwas zu erreichen suchen. Ausdrücklich muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß bei echten Depressionen auf hysterischer Grundlage sehr ernstgemeinte, schwere und öfters wiederholte Selbstmordversuche vorkommen.

Melancholiker sind in dieser Beziehung ganz unberechenbar; wie als erste offenbare Erscheinung der Krankheit, so werden auch noch nach Ablauf der schweren Krankheitserscheinungen, in der Rekonvaleszenz, ernste Selbstmordversuche beobachtet. Der Plan ist oft von langer Hand her vorbereitet, um ja jede Störung auszuschließen (Abort); jedes Werkzeug wird zur Waffe, dem verderblichen Trieb zu genügen. Und gerade in verhältnismäßig leichten Fällen gelingt dem Kranken der „Versuch“ nur zu häufig. Darum können Melancholiker, auch die leichter Erkrankten, nicht sorgfältig und andauernd genug beobachtet und bewacht werden!

Die Nahrungsaufnahme ist bei dieser Erkrankung fast immer eine unregelmäßige, selbst wenn eine besondere, stete Aufmerksamkeit auf diesen Punkt ge-

richtet wird. Während der Höhe der Krankheit sinkt darum im allgemeinen der Kräftezustand und das Körpergewicht beträchtlich, während beide während der Rekonvaleszenz sich wieder und zwar oft auffallend schnell heben. Eine Gewichtszunahme gilt bei der Melancholie als prognostisch günstiges Moment.

Der mit seinem tiefen Seelenschmerz beschäftigte, auch motorisch gehemmte Kranke, der ohne jedes Interesse für die Außenwelt ist, bemerkt auch nicht Gefühle wie Hunger und Durst; er verlangt nur hie und da, wenn überhaupt, nach Nahrung. Die unregelmäßige Nahrungsaufnahme steigert sich indessen in ziemlich vielen, den schwereren Fällen zu völliger Nahrungsverweigerung, die dann oft oder gar meist durch Wahnideen, des Essens unwürdig zu sein, oder durch Halluzinationen bedingt ist.

Hier muß dann die künstliche Ernährung durch Fütterung, Sondenernährung, Infusionen etc. eintreten, wie im allgemeinen Teil erwähnt wurde.

Die künstliche Ernährung muß spätestens nach einigen Tagen völliger Nahrungsverweigerung beginnen.

Nicht allzu selten kann man bemerken, daß nach einigen Fütterungen die Kranken ihren Widerstand aufgeben und selbständig essen, da durch die künstliche Ernährung der passive Selbstmord, das Verhungern, ihnen unmöglich gemacht ist. In andern Fällen ist dies leider ohne Erfolg, so daß die künstliche Ernährung lange Zeit hindurch fortgesetzt werden muß.

Die schwerer Erkrankten bedürfen einer unausgesetzten körperlichen Aufwartung. In ihrem gehemmten

Geisteszustand bemerken sie oft nichts von Urin- oder Kotabgang, sind vielfach sehr unreinlich und den hierdurch bedingten Schädigungen (Durchliegen etc.) leicht ausgesetzt. —

Der Verlauf der Erkrankungen zeigt häufig mehrfache Schwankungen. Nachdem die Krankheit mehrere Wochen oder Monate ziemlich unverändert auf dem Höhepunkt sich gehalten hat, zeigt sich ein Nachlaß der geistigen und körperlichen Hemmung, der meist von verschiedenen Exacerbationen und daran anschließenden Remissionen unterbrochen ist. Die der Heilung entgegengehenden Kranken zeigen in dieser Zeit oft eine gesteigerte seelische Erregbarkeit, worauf vielleicht die so häufig bemerkte Verschlimmerung ihres Befindens nach äußern Einwirkungen, besonders auch nach den Besuchen der Angehörigen zurückzuführen ist. In dem äußern Benehmen ist oft außer der geringeren Hemmung das Erwachen des Interesses für die Umgebung, Hebung des Selbstvertrauens, subjektiver Glauben an die Wiederkehr der Gesundheit mit dadurch ausgelöster Lustempfindung das erste Zeichen der beginnenden Heilung. Den ungünstigen Ausgang in Schwachsinn kündet oft die Abblassung der Verstimmung und der Wahngedanken an, ohne daß eine seelische Aufhellung erfolgte. —

Melancholiker sind vom Praktiker häufig auf den ersten Anblick hin zu erkennen durch den eigentümlichen traurig-verstimmten Gesichtsausdruck, die tief eingegrabenen Falten, hängenden Mundwinkel, den trüben Blick, die mangelnde Lebhaftigkeit des Ausdrucks und die Hemmung, die sich im ganzen Wesen

des Kranken zu erkennen gibt. Vielfach ist den Melancholikern die Angst und Verzweiflung, die ihr Seelenleben erfüllt, ins Gesicht geschrieben.

Die körperlichen Abweichungen der organischen Seelenstörungen fehlen, die Reflexe sind vorhanden. (Differentialdiagnose gegen die melancholischen Stadien der Paralyse etc.).

Die Sensibilität erscheint dem Untersucher oft herabgesetzt, eine Folge der allgemeinen Hemmung; zur psychischen Anästhesie, der Unfähigkeit, psychische Eindrücke richtig zu erfassen, tritt oft die somatische Anästhesie und Analgesie.

Körperlich ist sehr häufig verlangsamter Stuhlgang, langsame Herzaktion, kleiner, schwacher Puls, Cyanose, kühle Haut, niedere Temperatur zu bemerken. Der Schlaf ist fast stets schlecht.

In Angstzuständen sind oft abnorme vasomotorische Erscheinungen wahrnehmbar, harter Puls, stark gesteigerter Blutdruck (bis 180 und 200 mm Quecksilber nach Riva-Rocci).

Die Melancholie in dem hier umschriebenen Sinne gehört wohl zu den am häufigsten vorkommenden Geisteskrankheiten. Allerdings ist die Verhältniszahl der Melancholiker in den Irrenanstalten nicht dem entsprechend hoch, da viele Fälle ohne dauernde Anstaltsbehandlung bleiben.

Die Prognose der Melancholie ist, ebenso wie die der Manie im allgemeinen als günstig zu bezeichnen. Die Melancholie ist jedoch im allgemeinen von längerer Dauer als die Manie.

Prognostisch am günstigsten sind die leichten Fälle

von Melancholie, Hypomelancholie, wie sie in leichtester Form als „Weltschmerz“ etc. bei jungen, etwas ästhetisch angehauchten Gemütern zur Pubertätszeit beobachtet werden. Diese werden wohl ausnahmslos geheilt; d. h. mit der zunehmenden körperlichen und geistigen Reife nehmen Unlust und schmerzliche Gefühle ab; oder diese leichten Anfälle in der Pubertätszeit sind die ersten Zeichen einer zyklischen oder periodischen Psychose, womit natürlich die Prognose auf dauernde Heilung sich entsprechend ändert.

Die durchschnittliche Dauer der einfachen Melancholie in Anstaltsbehandlung ist mindestens $^1/_2$ Jahr.

Leider werden in sehr viel Fällen durch das Drängen unvernünftiger Anverwandter die Rekonvaleszenten zu früh aus der Behandlung entlassen, bevor sie noch völlig den Aufregungen des Lebens außerhalb der Anstalt gewachsen sind.

Gerade solche Fälle sind es, bei denen dann noch in der Heilung durch den vollendeten Selbstmordversuch die Katastrophe herbeigeführt wird, welche die genaue Beobachtung in der Anstalt während der Höhe der Krankheit vermeiden ließ. —

Betreffs der Ätiologie ist zu bemerken, daß Melancholien auffallend häufig auf geschlechtliche Momente zurückzuführen sind, daß Pubertät, Gravidität, Puerperium, Laktation, sowie vielleicht die sexuelle Nichtbefriedigung vielfach zur Erkrankung prädisponieren; daß aber vor allen Dingen diese Erkrankungsform besonders häufig in den Wechseljahren der Frauen auftritt.

Erbliche Belastung ist in einer großen Anzahl von Fällen, vielleicht der Hälfte festzustellen.

In einer nicht geringen Zahl von Fällen, bei denen hypochondrische Vorstellungen geäußert werden, sind tatsächlich pathologische Verhältnisse häufig als mitwirkende ätiologische Momente zu bemerken, weshalb bei derartigen Klagen eine genaue körperliche Untersuchung nicht unterlassen werden darf, in der Meinung, daß die Klagen rein psychisch bedingt seien.

Und an die Erfahrungstatsache, daß öfters durch die Beseitigung abnormer körperlicher Zustände eine Besserung des psychischen Zustandes eintritt, knüpft sich das Erfordernis, gerade bei melancholischen Zuständen ungesäumt die Behandlung etwaiger krankhafter Vorgänge und Zustände in Angriff zu nehmen. —

In der Behandlung Melancholischer werden leider auch von Ärzten heutzutage noch viele Fehler begangen. Es ist ein Grundfehler, melancholisch verstimmte Kranke durch Zerstreuungen aller möglichen Arten auf andere, fröhlichere Gedanken bringen zu wollen. Wer dies tut, beweist, daß ihm die psychiatrische Erfahrung unbekannt ist, daß zumeist den Melancholikern alles Fremde und Neue zur Unlust wird, und zwar häufig auch gerade das, was andern, gesunden Personen Lustgefühle bereitet. Es ist nur zu häufig zu konstatieren, daß Melancholien leichterer Art nicht nur nicht heilen dadurch, daß man die Kranken in Weltbäder, Konzerte, Theater etc. schickt, sondern wesentlich schwerer werden. Die Zeit, in der die leichte Melancholie durch die Ruhe der Anstaltsbehandlung etc. abgelaufen wäre, verstreicht ungenützt,

der Kranke wird immer verstimmter und abweisender, ja es werden ihm auch paranoische Gedanken der Verfolgung aufgedrängt. Melancholiker bedürfen der Ruhe, des Fernhaltens jeder Aufregung und Berührung mit der Außenwelt. In jedem einigermaßen schweren Fall ist die Anstaltsbehandlung mit ihrer absoluten Ruhe und Fernhaltung aller psychisch erregenden Momente wünschenswert, in jedem schweren Falle dringend notwendig. Nie darf der Arzt die verhängnisvolle Neigung der Melancholischen zu Selbstmord und Nahrungsverweigerung außer acht lassen, denen wirksam nur in der Anstalt begegnet werden kann.

Auch in der Anstalt bedarf der Melancholiker der Ruhe, nachdem er durch die Versetzung dahin allen Reizen, die im häuslichen Leben unvermeidlich sind, entgangen ist. Auch hierbei stehen uns wieder die ausgezeichneten Hilfs- und Heilmittel der Bettruhe, Dauerbäder, Packungen und im Notfall die Narkotika (Opiate bei Angstzuständen!) zur Verfügung. Der Kranke darf nicht einen Augenblick außer Beobachtung bleiben, auch nicht, wenn der Prozeß sichtlich schon im Verklingen begriffen ist. Nach der Eigenart des schwankenden Verlaufs dieser Erkrankung ist ein plötzlicher Angstparoxysmus und eine Gewalttat stets zu befürchten. Ein besonderer Augenmerk ist der Ernährung zu widmen. Für die psychische Behandlung ist ein ruhiges, freundliches, mitfühlendes Wesen dem Kranken am förderlichsten. Ein Ausredenwollen des Angstgefühls wäre erfolglos.

Bei den auf nervöser Grundlage entstehenden Depressionen ist die Behandlung des Grundleidens von

wesentlichster Bedeutung. So bedürfen die Kranken mit epileptoider Grundlage einer systematischen, event. intermittierenden Brombehandlung, so muß bei Depressionen auf neurasthenischer Basis jeder weiteren Ermüdung vorgebeugt, ein genauer Wechsel zwischen Ruhe und Beschäftigung angeordnet werden, bedürfen die an psychogener Verstimmung Leidenden steter Anfeuerung, suggestiver Hebung ihres Selbstvertrauens usw.

Paranoia.

Während die beiden vorerwähnten Psychosen im wesentlichen Krankheiten des Gemüts, des Gefühlslebens sind, ist die Paranoia vornehmlich eine Erkrankung des Verstandes, der logischen Denktätigkeit.

Die Paranoia charakterisiert sich durch eine völlige Verschiebung des Ichs zur Außenwelt, durch das Vorhandensein von eigenartig wirkenden Wahnideen. Die Außenwelt wird von dem erkrankten Verstand anders wie früher, in gesunden Zeiten, angesehen und empfunden; aber anstatt daß der Grund zu dieser Änderung in einer Veränderung im eigenen Innern gesucht wird, wie es ja den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen würde, kommt es dem Kranken so vor, als ob sich die Außenwelt verändert hätte und in neue Beziehungen zu dem Ich, der Person des Kranken, getreten wäre.

Diese Änderung der Anschauungsweise, die Wahnidee, beherrscht, fixiert und systematisiert das ganze Sinnen und Denken des Kranken; alle von der Außenwelt an ihn herantretenden neuen Eindrücke werden

von den Kranken im Sinne ihres Wahns erfaßt und gedeutet. Die festgehaltene Wahnidee ist das Wesentliche, das Grundsymptom der Paranoia.

Das Bestehen einer Paranoia, der „Verrücktheit“ im wissenschaftlichen Sinn — denn „verrückt“, ein anderer, ist der Standpunkt des Kranken gegenüber der Außenwelt — weist auf einen Defekt im logischen Denken.

Und doch tritt sehr häufig äußerlich, — namentlich für den unbefangenen Beobachter, der den Dingen nicht auf den Grund geht, — bei den Paranoikern dieser Zug geistiger Schwäche durchaus nicht deutlich hervor. Man kann sich im Gegenteil mit solchen Kranken oft lange und intensiv über alle möglichen Gebiete menschlichen Wissens etc. unterhalten, kann philosophische, religiöse und ethische Themata abhandeln, kann finden, daß ihr Gedächtnis für frühere Erlebnisse vorzüglich ist, daß die Kranken scharfe, oft witzige Beobachter ihrer Umgebung sind, — und doch, sobald man einen Punkt berührt, der mit ihrem Wahne in Verbindung steht, wird man die Intelligenzstörung solcher Kranker durch die vollständige Kritiklosigkeit, die jenen Kranken in bezug auf ihren Wahn eigen ist, mit Bedauern konstatieren müssen. —

Wir teilen die Fälle von Paranoia nach verschiedenen Gesichtspunkten in mehrere Unterabteilungen ein; z. B. nach ihrer Dauer und zugleich ihrer Prognose in akute und subakute Paranoien mit verhältnismäßig guter und in chronische mit schlechter Prognose.

Ferner darnach, ob einfache systematisierte Wahnideen vorhanden sind, oder solche, die mit Halluzina-

tionen einhergehen oder auf solchen beruhen, in einfache und in halluzinatorische Paranoien. —

Da sich, wie erwähnt, die Paranoia auf der Grundlage einer geschwächten Intelligenz entwickelt, können wir meist ein längeres Prodromalstadium konstatieren, ja bei der chronischen Paranoia ist sehr häufig nachzuweisen, daß schon im frühen Lebensalter krankhafte Zeichen im Seelenleben bestanden, daß also das ganze Leben eigentlich ein Krankheitsprozeß ist (originäre Paranoia). —

Ganz akut entstandene Paranoien mit deutlich ausgesprochener Wahnidee sind nicht häufig.

Ein großer Teil der gewöhnlich als akute Paranoia aufgefaßten Fälle gehört in die Klasse der epileptischen und hysterischen Psychosen, der Katatonie und der halluzinatorischen Verwirrtheit. (Ziehen benennt in Erweiterung des Begriffs Paranoia die von uns als halluzinatorische Verwirrtheit bezeichneten Krankheitsbilder direkt als akute Paranoia).

Wir haben in diesen Fällen nicht einen festgehaltenen oder gar ausgebauten Wahn, sondern das vorübergehende Auftauchen und Wiederverschwinden einer großenteils durch Halluzinationen verursachten Wahnidee, wie wir solche ja auch bei der Paralyse so oft bemerken. —

Die Paranoia hat meist ein längeres Vorstadium, bestehend in einer auch der Umgebung öfters auffallenden Gereiztheit und Zerstreutheit. Auf kleine Unannehmlichkeiten hin gerät der eigentlich schon Geisteskranke in eine der Sache ganz unangemessene Erregtheit. Oder aber, es fällt der Umgebung auf,

daß der Betreffende stiller wird, sich mehr mit sich selbst beschäftigt, vielfach einen aufmerksamen und geheimnisvoll gespannten Gesichtsausdruck zeigt, vielleicht hie und da unmotiviert auflacht oder „sonderbare“, unzusammenhängende, wie Antworten auf nicht gestellte Fragen klingende Worte ausspricht.

In andern Fällen allerdings wird die Umgebung durch die plötzlich in Erscheinung tretende Geisteskrankheit überrascht, da vorher im Wesen des Kranken gar keine Veränderung zu bemerken gewesen sei.

In diesen Fällen ist wohl eine konstant durchgeführte Dissimulation des Kranken oder eine nicht genaue Beobachtung von seiten der Umgebung anzunehmen. Ein psychiatrisch geschulter Beobachter bemerkt eben psychische Abnormitäten auch schon da, wo dem Laien — und dieser Begriff ist nicht zu eng zu fassen! — noch nichts Auffallendes bemerkbar wird.

Aus dem Gesagten geht also hervor, daß der Paranoiker beim „Ausbruch“ seiner Krankheit, d. h. wenn der Umgebung die psychische Abnormität auffällt, schon lange Zeit, vielleicht schon viele Jahre lang, geisteskrank war.

Ein längeres Vorstadium ist bei näherem Zusehen auch das einzig natürliche und erklärliche bei dieser Krankheit.

Bevor der Wahn seine Ausbildung erfahren hat, muß erst die zweifelnde Stimme des Verstands, der mit der Wahnidee kämpft, immer und immer wieder überwunden sein, bis endlich der Wahn sich zur subjektiven, unumstößlichen Wahrheit in dem Gedankenkreis des Kranken festgesetzt hat.

Der Kranke hat vielleicht im wirklichen Beginn seiner Krankheit, d. h. zu der Zeit, wo sich in das vorher gesunde Seelenleben die ersten pathologischen Elemente hineinmischten, bemerkt, daß er von vielen Seiten beobachtet werde.

Dies erste krankhafte Symptom wiederholt sich regelmäßig; aus einer Masse derartiger, natürlich völlig subjektiver Beobachtungen, die jedes oder fast jedes objektiven Hintergrunds entbehren, setzt sich in ihm allmählich, aber mit zwingender Notwendigkeit (da die „Beobachtungen" stets wiederkehren) der Gedanke fest, daß er von allen Seiten beobachtet, mit Spionen umgeben sei, kurz, daß er „verfolgt" werde.

Nachdem dem Kranken einmal dieser Gedanke gekommen ist, den er aber noch berichtigen kann, da seine Intelligenz derartige Vorkommnisse nicht verstehen kann, gewinnt der Gedanke durch die stets und ständig wiederholten Beobachtungen gleicher und ähnlicher Art immer mehr Wahrscheinlichkeit für den Kranken; er beginnt sich zu fixieren. Sobald dieser Wahngedanke fixiert ist, ist das Krankheitsbild der Paranoia chron. fertig.

Im Sinn seiner Wahnidee faßt der Kranke alle Vorkommnisse, die ihm begegnen, auf; nach seiner Wahnidee legt er sich eine ganz neue Welt zurecht, da die Außenwelt die Beziehungen zu ihm anscheinend geändert hat. Der Wahn wird systematisiert.

Der Kranke, der viel über sich und seine Beziehungen zur Außenwelt grübelt, kommt fast unwillkürlich durch die tägliche subjektive Beobachtung, daß er von so vielen Menschen verfolgt werde, zu der Frage,

warum sich das Interesse auch ihm ganz fremder Menschen gerade auf ihn richtet.

Fast notgedrungen kommt der Kranke zur Überzeugung, etwas Hohes und Besonderes zu sein; der Kranke wird zum Größenwahn gebracht (Transformation des Wahns). Daß nicht jeder Paranoiker zur Ausbildung von Größenwahn kommt, liegt wohl daran, daß das Zustandekommen eines solchen einen wesentlich schwereren Intelligenzdefekt voraussetzt wie der Verfolgungswahn.

Indessen auch in vielen Fällen, in denen der Größenwahn nicht ausgebildet erscheint, sind Andeutungen von Größenvorstellungen aus dem selbstbewußten, oft hochfahrenden und anmaßenden Benehmen der Kranken zu entnehmen. Und es gibt wohl keine echte Paranoia — der Krankheitsverlauf erstreckt sich ja fast über das ganze Leben — in deren Verlauf nicht einmal deutliche Größenvorstellungen zutage treten, besonders in der späteren Zeit des paranoischen Schwachsinns. —

Besonders der Größenwahn wird fixiert und systematisiert, nach jeder Richtung hin ausgebaut.

Frühere Vorkommnisse, Erinnerungen an den freundlichen Gruß des vorbeifahrenden Kaisers etc., dunkle Erinnerung an lebhafte Träume und dergleichen mehr werden als Bausteine zur Fundamentierung des Wahns benutzt. —

Beide Arten des Wahns kommen vielfach zusammen vor, so zwar, daß der Kranke wegen seines hohen Ranges Verfolgungen zu erleiden hat. Daß die all-

täglichen Vorkommnisse beide Arten je nach ihrer Eigentümlichkeit unterstützen können, ist klar.

Ein ehrfurchtsvoller Gruß wird als Ausdruck schuldiger Ehrerbietung, eine kürzere Begrüßung als Zeichen davon angesehen, daß der Begrüßende zum „Komplott“ der Verfolger gehört. —

Diese vorher behandelten Krankheitsbilder gehören zur Klasse der Paranoia simplex; sie gehören dem „Deutungswahn“ an. Vereinzelt tatsächliche, meist nur eingebildete und krankhaft empfundene Wahrnehmungen werden im Sinn der Krankheit „gedeutet“ und ausgelegt; alle Vorkommnisse in der Umgebung haben eine gewisse, geheimnisvolle Beziehung auf den Kranken, Worte in der Predigt des Pfarrers beziehen sich auf ihn, Notizen (meist völlig harmloser Art) in Zeitungen und Büchern sind auf ihn gemünzt („Eigenbeziehung“).

Sinnestäuschungen kommen ja auch vereinzelt bei der einfachen Verrücktheit vor, aber sie beherrschen nicht das Krankheitsbild. Dieses bildet vielmehr ein logisch begründetes Gebäude, errichtet auf dem wahnhaften Grundgedanken. —

Eines nicht so langen Vorstadiums bedarf die akute Paranoia hallucinatoria, die mit Trugwahrnehmungen in allen Sinnen einhergehen kann.

Der Beginn ist der gleiche wie bei der einfachen Paranoia, Verstimmung, Unruhe, depressive Wahnvorstellungen, bis die Sinnestäuschungen auftreten, die von nun an das Krankheitsbild beherrschen und den Grund und subjektiven Wahrheitsbeweis für das Wahngebäude bilden. Aber während bei der chronischen

echten Paranoia der Wahngedanke die Primärerscheinung ist, die Halluzinationen nicht zum Krankheitsbild nötig und nur Begleiterscheinungen sind, so sind bei der akuten halluzinatorischen Form die Sinnestäuschungen das Primäre und Wesentliche, die Ursache des also sekundären Wahns und die Bedingung für dessen Auftreten und Fortbestehen; oder aber, sie sind doch zum mindesten in ihrer Wertigkeit koordiniert.

Zumeist handelt es sich um Gehörstäuschungen, dann um Sinnestäuschungen im Gesichtssinn. Die Sinnestäuschungen der andern Sinneswerkzeuge treten an Häufigkeit und Bedeutung, ihrem Einfluß auf die Psyche vor denen jener beiden Sinne sehr in den Hintergrund.

Der Kranke hört vielleicht einigemale eine „Stimme", die ihm Worte erfreuenden oder betrübenden, seltener gleichgültigen Inhalts zuruft. Dies macht ihn stutzig, er horcht auf weitere Stimmen und Offenbarungen, konzentriert darauf seine ganze Aufmerksamkeit.

Die Stimme wiederholt sich, besonders gerade bei angespannter Aufmerksamkeit, es treten massenhafte Sinnestäuschungen unter der entsprechenden Reaktion des Kranken auf (Verwirrtheit, Erregtheit), und durch dies, dem Kranken anscheinend ja von außen zukommende Beweismittel gestützt, kann der Wahn in wesentlich kürzerer Zeit als bei der Paranoia simplex auftreten. Der Kranke, von der Wahrheit seiner Sinnesempfindungen überzeugt, hat sich rasch auch ein System gebildet; er überrascht seine durch irgend welche Absonderlichkeiten durchaus nicht aufmerksam gewordene Umgebung mit einem Wahnsystem, das oft

bis ins kleinste ausgebildet ist durch die für den Kranken beweisende Kraft der Halluzinationen.

Dieselben Sinnestäuschungen wie bei der akuten halluzinatorischen Form treten im Verlaufe der chronischen auf. Auch hier sind die Sinnestäuschungen dann stets ein unumstößlicher subjektiver Beweis für die Wahrheit des Wahnsystems.

Eine scharfe Trennung zwischen einfacher und halluzinatorischer chronischer Paranoia ist wohl kaum strikt durchzuführen, auch vom klinischen und prognostischen Standpunkte aus gleichgültig. Bei sehr vielen Fällen, die als Deutungswahn ohne Halluzinationen aufgefaßt werden, gelingt es durch geschicktes Ausfragen und durch Beobachtung des Benehmens, das Bestehen von Halluzinationen festzustellen.

Der Verlauf dieser beiden Arten von chronischer Paranoia ist im wesentlichen weiter gleich, nachdem die Wahnidee ausgesprochen ist. Ist diese von der Umgebung mit Zweifel und Unglauben aufgenommen, so werden immer neue Beobachtungsreihen, immer neue Halluzinationen erzählt, um den Zweifler von der sieghaften Wahrheit der Wahnidee zu überzeugen; meist aber tritt, sobald der Kranke gemerkt hat, daß seine Umgebung seine Idee nicht anerkennen will, die Äußerung von Wahnidee und Halluzinationen zurück, um im Innern des Kranken nur noch lebhafter und überzeugender zu wirken, da ja gerade dieser Zweifel wieder im Sinne seiner Wahnidee gedeutet und ausgelegt wird.

Allmählich im Laufe von Jahren treten dann die starken Krankheitserscheinungen an Intensität zurück,

— nicht nur äußerlich, sondern auch im Seelenleben des Kranken, — die Überzeugungsfestigkeit, mit der die Ideen geäußert, die Erregtheit, mit der irgend welche Zweifel an der Wahrheit der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen aufgenommen werden, sie machen einer gleichgültigeren Stimmung Platz. Die Krankheit tritt in ein ruhiges Stadium, endlich in ein chronisch-gleichgültiges, wo die Wahnidee nur noch mechanisch geäußert wird, obgleich der Kranke an ihr festhält. Sie ist ihm ein Bestandteil seiner Gedanken geworden, wie das Einmaleins dem Gesunden, etwas für ihn Selbstverständliches. — Äußerlich können wir dabei im Verhalten meist zweierlei Arten unterscheiden. Entweder herrscht chronische Verwirrtheit oder Blöd- oder Schwachsinn, beides mit läppisch-paranoischen Zügen vermischt, vor.

In diesen Endstadien ist von dem Aufbau des paranoischen Wahnsystems meist nur noch ein unvollkommener, unzusammenhängender Trümmerrest feststellbar; öfters beobachtet man dabei anscheinend völlig sinnlose Konfabulationen, in denen doch noch ein Rest des alten Wahnsystems versteckt enthalten ist. Die Schrift ist vielfach durch eigenartige Manieren zu ganz unleserlichen Schriftzeichen geworden, auch die Sprache durch Neubildungen mystischer Art vielfach unverständlich. —

Die Kranken sind in diesem Endstadium harmlos und blöde geworden, ungefährlich; während der Paranoiker auf der Höhe seiner Krankheit infolge seiner Besonnenheit, der subjektiven Gewißheit seiner Verfolgungen und dem entsprechenden Rache- und Ab-

wehrbedürfnis hochgradig gefährlich ist. Die bedauerlich große Zahl von schweren Attentaten auf Ärzte und Pflegepersonal in Anstalten ist größtenteils das Werk Paranoischer, ein direkter Ausfluß ihrer Krankheitserscheinungen. —

Diese Krankheitsformen gehören der chronischen Paranoia an; es gibt indessen, wie mehrfach erwähnt, noch eine akute halluzinatorische Form des Wahnsinns, die in dem Bestehen von Sinnestäuschungen und Wahnideen der Paranoia chronica gleicht, doch durch ihre Entstehung, dadurch daß die Sinnestäuschungen die Ursache des Wahns bilden und dieser verschwindet, sobald die Sinnestäuschungen aufhören, und also durch ihren Verlauf und Prognose, sich wesentlich von der chronischen Form unterscheidet. Die akute Form verläuft fast stets günstig, indem im Verlauf von Monaten, selbst Jahren, die Sinnestäuschungen verschwinden, damit aber auch der Wahn, und somit geistige Gesundheit eintritt. Bei der näheren Betrachtung zeigen sich doch zwischen diesen anscheinend so ähnlichen Zuständen gewisse wesentliche Unterschiede. Während der chronisch Paranoische den Gedanken der Krankheit weit von sich weist, hat der an halluzinatorischem Wahnsinn Leidende meist die Empfindung des Krankseins, empfindet seine „Stimmen“ als etwas Krankhaftes, ihn Belästigendes, gerät durch das Vorhandensein der Halluzinationen in gedrückte oder zornige Gemütsstimmung, während der Paranoiker gegen seine Mitmenschen gereizt ist. Vor allem aber, die Wahnbildung ist nicht das Primäre, fällt mit den Sinnestäuschungen völlig, während beim echten Para-

noiker der Wahn den Grund seines veränderten Seelenlebens bildet. — Solche Fälle von subakuter Halluzinose werden besonders bei chronischem Alkoholmißbrauch, auch nach andern toxischen und infektiösen Schädlichkeiten, aber auch bei Disponierten auf Grund von andern äußern Einwirkungen (Tropenklima!) beobachtet; sie haben auch bei längerer Dauer eine im ganzen gute Prognose. —

Zu erwähnen ist, daß auch im Verlauf der chronischen Paranoia Stadien auftreten, in denen lebhafte Sinnestäuschungen das Krankheitsbild beherrschen und den Anschein der akuten Form mit ihrer günstigeren Prognose erwecken; bis, nach Verschwinden dieser akuten Erscheinungen, der chronische Krankheitszustand wieder zutage tritt und hiermit — sit venia verbo — das psychische Todesurteil gegeben ist.

Ferner muß hier bemerkt werden, daß im Verlauf andrer Krankheitsformen paranoiaähnliche Bilder beobachtet werden. So werden Wahngedanken im Verlauf der Manie und Melancholie geäußert, so sind im Verlauf der Katatonie und Paralyse derartige Ideen fast stets zeitweise vorhanden, so verlaufen hysterische und epileptische Psychosen nicht zu selten unter dem Bilde des akuten Wahnsinns. Doch sind nie in diesen Fällen die Wahngedanken das Beherrschende im Seelenleben der Kranken; wir werden stets, wenn auch häufig nicht sofort, das Fremde im Krankheitsbild erkennen können.

Während in den mit stürmischen, lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden Krankheitsformen das Bewußtsein recht häufig stark gestört ist, sind die

chronisch Paranoischen bei völlig klarer Besinnung und wohl orientiert. Ihre Stimmung wechselt mit dem mehr oder weniger starken Hervortreten ihrer Wahnidee im Seelenleben. Sie sind vielfach in gereizter, zorniger Stimmung, oft aggressiv und gefährlich. Die ernstlichen Verletzungen von Ärzten in Anstalten werden, wie erwähnt, größtenteils von sonst ruhigen chronisch Paranoischen ausgeführt. Aggressive Handlungen sind es auch zum großen Teile, die den Paranoiker in die Anstalt führen, ein plötzlicher Angriff z. B. auf einen harmlosen Spaziergänger, der durch seinen beobachtenden Blick gezeigt hat, daß er mit im „Komplott“ ist.

Vielfach fühlen sich die Kranken körperlich beeinflußt durch elektrische Ströme, Magnetismus etc. (physikalische Wahnvorstellungen, telepathische Beeinflussung). Oft auch empfinden sie ihre Halluzinationen als etwas Absonderliches, hören ihre Gedanken laut reden, sodaß sie jeder verstehen kann, hören ganze Unterhaltungen in ihrem Innern und suchen durch Ohrenverstopfen und Einwicklung des Kopfes, Verkriechen, den quälenden, nach außen gelegten Sinneseindrücken zu entkommen. —

Von kulturgeschichtlicher Bedeutung ist der im Mittelalter — und auch gelegentlich noch in der Neuzeit — viel beobachtete „Besessenheitswahn“, der so manche Unglückliche auf den Scheiterhaufen brachte.

Als ein Zeichen der rasch eintretenden psychischen Schwäche ist das frühzeitige Hervortreten der Größenideen zu bezeichnen, die sogenannte „Transformation“ des Verfolgungswahns. —

In der Ätiologie der Paranoia spielt die Heredität eine große Rolle. Werner findet in fast dem fünften Teil seiner Fälle (18 %) erbliche Belastung, Kraepelin bei seinem allerdings enger gefaßten Krankheitsbegriff (nur Paran. chron.) 85 %.

Eine noch größere Wichtigkeit ist der psychopathischen Anlage zuzuschreiben. Wo überhaupt eine genauere Anamnese von verständigen Anverwandten genommen werden kann, wird man in der Mehrzahl der Fälle von chronischer Paranoia auch psychopathische Veranlagung in irgend einer Beziehung feststellen können.

Auf dem Boden dieser Prädisposition, die bei der Paranoia mehr wie bei vielen andern psychischen Erkrankungen zu konstatieren ist, entwickelt sich nun häufig genug ohne jegliche andre festgestellte Ätiologie das ausgesprochene, scharf umrissene Krankheitsbild der Paranoia.

Die Fälle von heilbarer Paranoia sind die akuten halluzinatorischen, die oft mit stürmischen Erscheinungen einhergehen. Nur bei akuter Paranoia kann völlige Heilung, Wiederherstellung einer normal arbeitenden Denktätigkeit eintreten. Die chronischen Paranoien sind unheilbar. Vornehmlich sind die Fälle akuter Paranoia als prognostisch besser und günstiger zu bezeichnen, bei denen keine oder nur angedeutete Größenvorstellungen vorliegen; bei denen also nur hie und da auftauchende, nicht festgehaltene oder gar systematisierte Größenvorstellungen zwischen den Beeinträchtigungsideen auftreten.

Dagegen sind die Fälle, die aus ihrer Vorge-

schichte, der langen Dauer der Prodromalerscheinungen und den verhältnismäßig wenig stürmischen Erscheinungen beim Ausbruch der Krankheit schon von vornherein den Stempel des Chronischen und unaufhaltsam Fortschreitenden tragen, die Fälle, welche mit schwerer psychopathischer Belastung einhergehen, ferner diejenigen, in denen von Anfang an ausgesprochene und systematisierte Größenideen auftraten, als voraussichtlich ungünstig verlaufend zu bezeichnen. —

Wann stellen wir die Diagnose auf Paranoia?

Vor allen Dingen müssen wir das Vorhandensein von Wahnvorstellungen resp. Wahnsystemen feststellen. Die Wahnvorstellungen müssen fixiert, zu einem ständig festgehaltenen Bestandteil in der Gedankenwelt des Kranken geworden sein; oder auch, sie müssen systematisiert, nach jeder Beziehung hin ausgebaut sein, indem alle Verhältnisse, mit denen der Kranke in Berührung kommt, in ein systemartig zusammenhängendes Ganze, das als Mittelpunkt die Wahnidee hat, gebracht werden. (Differentialdiagnose gegen Manie und die mit vorübergehend auftauchenden Wahnideen einhergehenden Psychosen).

Charakteristisch für die depressiven Wahnideen dieser Erkrankung ist, daß der Kranke von außen her beeinflußt wird, von anderen, Fremden, verfolgt und geschädigt wird. (Differentialdiagnose gegen die Wahnideen bei Melancholie, wo die Schuld am Unglück dem eigenen Ich aufgebürdet wird).

Drittens ist die Paranoia eine der funktionellen Psychosen, geht also ohne körperliche Lähmungserscheinungen einher. (Differentialdiagnose bei Wahn-

vorstellungen Paralytischer, die übrigens auch oft ihrem Charakter nach von denen der Paranoiker dadurch unterschieden sind, daß sie ins Maßlose gehen und einen ausgesprochen schwächlichen Zug zeigen).

Von der paranoiden Form des Jugendirreseins unterscheidet sich die Paranoia durch die bei jener in beherrschender Weise auftretenden katatonischen Züge, Stereotypien, Manieren, Iterativerscheinungen, Muskelspannungen, durch den von vornherein zu beobachtenden Zug von Schwäche und Gleichgültigkeit, Gemütsstumpfheit, durch die stürmischen Erscheinungen und massenhaften Sinnestäuschungen, die schnell einsetzende Demenz. —

Paranoiker sind im allgemeinen als unbedingt gemeingefährlich beim Ausbruch ihrer Krankheit der Anstalt zu überweisen.

Die frisch zur Anstalt gebrachten Paranoiker müssen durch beruhigendes Zureden, worin hierbei hauptsächlich die „psychische Behandlung“ besteht, sowie durch die schon mehrfach erwähnten, beruhigenden, schlafbringenden Mittel zur Ruhe gebracht werden.

Der Paranoiker bedarf einer andauernden, leicht anregenden Beschäftigung, um seine Gedanken vom Grübeln über sein Schicksal abzulenken. Bureauarbeiten, Lesen, Spiel und vor allem die Arbeit im Garten und Landwirtschaft sind hier geboten.

Ganz ruhig gewordene chronisch Paranoische, die nur noch affektlos, gewissermaßen mechanisch ihre Wahnvorstellungen äußern, können auch außerhalb, in Familienpflege leben. Sie bringen ihrer Umgebung meist keinen Schaden mehr. Doch müssen sie stets

beaufsichtigt werden, da auch sie noch ganz unberechenbar sind.

Unter den Formen der echten Paranoia befinden sich noch mehrere durch eigenartige Besonderheiten ausgezeichnete. Diese sollen kurz mit ihren Hauptsymptomen erwähnt werden.

Die hypochondrische Verrücktheit (Westphal). Eine Paranoia, deren fixe Idee sich mit Gebrechen des eigenen Körpers beschäftigt; zum großen Teil sind diese Fehler und Gebrechen nur in der Phantasie des Kranken bestehend. Es werden dabei oft wiederholt die sonderbarsten Gedanken geäußert, wie z. B.: „das Wasser, das ich trinken will, fließt mir durch ein von Schwindsucht und Syphilis vom Rücken zum Munde gebildetes Loch nach außen und verbrennt mir dabei den ganzen Rücken.“ Daß bei Entstehung der Paranoia hypochondrica vielfach Parästhesien im Spiele sind, wie bei der wirklichen Hypochondrie, ist leicht verständlich. Die Ursache der körperlichen Leiden des Kranken ist bei der Paranoia hypochondr. ein Fremder, der ihm aus irgend einem Grunde übelwill. Der Hypochonder dagegen, der ähnliche Klagen hören läßt, wenn auch meist von geringerer Intensität, bürdet sich selbst oder auch niemand die „Schuld“ auf, nimmt seine Leiden als Geschick entgegen. Die Klagen der hypochondrisch Verrückten beziehen sich wohl größtenteils auf Halluzinationen des Allgemeingefühls, die wahnhaft umgedeutet werden.

Der Querulantenwahnsinn. Während que-

rulierende Ideen vielfach auch bei andern Geistesstörungen, vor allem beim chronischen Alkoholismus und bei gewissen Schwachsinnsformen beobachtet werden, treten sie als System bei der „Querulantenwahnsinn“ genannten Form der Paranoia chronica, einem reinen Deutungswahn, auf.

Diese Form des Verfolgungswahns zeichnet sich dadurch aus, daß der Kranke glaubt, seinetwegen werde das Recht gebeugt. Die Kranken prozessieren unaufhörlich gegen alle möglichen Personen wegen vermeintlicher Rechtskränkungen. Da natürlich das Gericht zu ihren Ungunsten entscheiden muß, glauben sie sich in ihrem klaren Recht geschädigt; die Richter und alle höheren Instanzen, die das Urteil bestätigen, müssen bestochen sein. Dieser Gedanke wird nun zum fixen Wahn und stets zu einem umfassenden System ausgebaut. Die Kranken schreiben darum an alle möglichen Behörden von Beleidigungen gegen ihre vermeintlichen Widersacher strotzende Briefe, Berichte und Petitionen, schreiben auch Immediatgesuche in ihrer Sache und suchen, was besonders charakteristisch ist, durch selbst die verwerflichsten Mittel, Erfindungen, Verleumdungen, Lügen, Urkundenfälschungen etc. ihr vermeintliches Recht zu erlangen, ohne jegliches Verständnis für die Rechtswidrigkeit und ethische Verwerflichkeit dieser Handlungsweise. Die Unterscheidung gegen die noch in der Breite des Physiologischen liegende Prozeß- und Queruliersucht liegt in der wahnhaften Ausgestaltung und Verarbeitung des Gedankens.

Derartige Paranoiker besitzen oft eine im Laufe ihrer vielen Rechtsstreitigkeiten erworbene erstaunliche

Kenntnis der Rechtsgesetzgebung, die aber vielfach nicht über das Formale hinausgehend, den Sinn des Rechts nicht zu erfassen versteht. Durch Heranziehung immer neuer Paragraphen suchen sie, wenn ihnen ihr logischer Fehler nachgewiesen ist, ihr Recht zu beweisen, ohne im geringsten ihre auffallende Kritiklosigkeit den eigenen Angelegenheiten gegenüber auch nur zu ahnen. Der Querulantenwahnsinn ist eine öfters unerkannt bleibende Form der unheilbaren chronischen Paranoia.

Halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia).

Diese Erkrankungsform hat eine gewisse ätiologische Einheit. Es sind im wesentlichen erschöpfende Momente, die den Krankheitsausbruch bedingen, sodaß geradezu von einer „Erschöpfungspsychose“ gesprochen wird. Weniger wie bei andern Formen psychischer Erkrankung handelt es sich hierbei um psychopathisch veranlagte Individuen mit eventuell stärkerer hereditärer Belastung; schwere körperliche Schädigung erzeugt diese Erkrankungsform auch bei sonst „rüstigem“ Gehirn.

Als solche erschöpfende Momente, die zweifellos die unmittelbare Ursache der Erkrankung sind, sind zu nennen körperliche und geistige Überanstrengung, ungenügende Ernährung, starke Blutverluste (akute Anämie), mangelhafter Schlaf, gehäufte Wochenbetten, übermäßig lang fortgesetztes Stillen, gehäufte sexuelle Exzesse. Ferner tritt diese Erkrankungsform auch nach Infektionen und Intoxikationen auf, wie nach Infek-

tion im Wochenbett, bei Mastitis, nach akuten, schweren Infektionskrankheiten, gelegentlich bei allgemein geschwächter Körperkonstitution, bei chronischer Alkohol-, Blei- und Kokainvergiftung. Als äußere auslösende Momente werden dann öfters noch weitere exogene, psychisch schädigende Einflüsse gefunden wie fortgesetzte Sorgen, Gemütsbewegungen, Aufregungen und gelegentlich Traumen. Besonders wird das Auftreten der Erkrankung beim Zusammentreffen einer größeren Anzahl solch erschöpfender und schädigender Verhältnisse beobachtet, wodurch sich zum Beispiel die wesentlich größere Häufigkeit dieser Krankheitsform im russisch-japanischen und im südwestafrikanischen Feldzug gegenüber den Erfahrungen unseres Anstaltslebens erklärt. —

Völlig plötzliche Entstehung ist selten; meist sehen wir eine subakute Entstehung unter Auftreten von Voranzeigen wie geistige und körperliche Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Druck, Zerstreutheit, Kopfschmerzen. Charakteristisch für die vollentwickelte Krankheit ist die Verwirrtheit der Kranken. Diese sind nicht imstande, einen klaren Gedanken zu fassen, befinden sich im Zustand eines dumpfen Druckes, alles erscheint ihnen rätselhaft, unheimlich. Sie wissen sich in ihrer Umgebung, in ihrer Lage nicht zurechtzufinden, sind durchaus unklar und unorientiert über sich und ihre Verhältnisse.

Sie sind meist unbesinnlich für frühere Ereignisse, unorientiert über Zeit und Aufenthalt, ungesammelt und zerstreut. Der Gedankengang ist ungeregelt, ablenkbar, es zeigen sich gelegentlich Erscheinungen

von Ideenflucht. Wie ihre Gedankenwelt ist auch deren Ausfluß, das Handeln, unklar, unruhig, wechselnd; es zeigen sich im bunten Wechsel motorische Erregung und Hemmung.

Das Bewußtsein ist stets mehr oder weniger getrübt, die Kranken leben oft wie in einer rätselhaften Traumwelt.

Sie können sich nicht mehr orientieren, nicht mehr zurecht finden, da in ihre Wahrnehmungen sich in beherrschender Weise zahllose Sinnestäuschungen in allen Sinnesgebieten einmischen. Durch diese Sinnestäuschungen bedingt entstehen sekundär Wahnvorstellungen, jedoch nicht fixierte, festgehaltene, sondern wechselnde, unklare, verschwindend und durch neue wieder ersetzt. Ferner entstehen sekundär als Folge der Sinnestäuschungen und der unklar dem Kranken selbst zu Bewußtsein kommenden Verwirrtheit Affektstörungen teils heiterer, meist aber ängstlicher Art.

Je nach der Art der Sinnestäuschungen ist das äußere Verhalten. Zum Teil besteht gesteigerter Erregungsdrang, hochgradige motorische Erregung mit rücksichtslosem Wüten und schweren impulsiven Akten als Abwehrhandlungen gegen die halluzinierten Bedroher, zum Teil sehen wir völlige psychomotorische Hemmung, Stupor. Regungslos, ohne Reaktion auf äußere Reize liegen die Kranken da, alle körperlichen Funktionen liegen darnieder.

Von körperlichen Erscheinungen fällt der häufig rapide Gewichtsverlust ins Auge, der bei der Wendung zur Besserung einer ebenso raschen Gewichtszunahme Platz macht. Auch hier hat die Bestimmung

des Körpergewichts eine hervorragende prognostische Bedeutung. — Es besteht vielfach Schlaflosigkeit, auch Nahrungsverweigerung, angehaltener Stuhlgang. Die Haut ist blaß und kühl, der Puls langsam und klein, sogar die Pupillen zeigen manchmal träge Reaktion, die Gefühlstätigkeit kann völlig herabgesetzt sein. Auch die Körperwärme ist oft herabgesetzt; die Menses setzen aus, und ihr Wiederauftreten ist nicht selten das erste Zeichen der beginnenden Genesung.

Vielfach werden eine Reihe katatonischer Zeichen beobachtet, Katalepsie, Muskelspannungen, Schnauzkrampf, vereinzelte motorische Iterativerscheinungen, gelegentlich Echolalie und Logorrhöe. Wie bei Katatonikern wird die Hemmung und Starre gelegentlich durch impulsive Akte durchbrochen, die hierbei aber als Ausdruckbewegungen innerer Vorgänge, als Reaktionen, nicht wie dort als primäre motorische Phänomene aufzufassen sind.

In leichteren Fällen — der Grad, die Erscheinungsweise bietet eine große Fülle von Verschiedenheiten — tritt, falls die Hemmung nicht so tief ist, das Symptom der Verwirrtheit klar zutage. Die Kranken fassen nicht richtig auf, ihre Assoziationen sind inkohärent, es fehlen die zusammenfassenden Zielvorstellungen, es zeigt sich Ratlosigkeit und Zerfahrenheit, die Merkfähigkeit ist stark gestört bei dieser traumhaften Störung des Bewußtseins.

Von körperlichen Erscheinungen ist außer den genannten in manchen Fällen noch zu beobachten verstärkter Speichelfluß und Fieber ohne nachweisbare Lokalsymptome. —

Hier ist eine wohl zu dieser Krankheitsform gehörige Erkrankung schwerster Art zu besprechen, das „Delirium acutum“.

Unter rapider Steigerung bei meist plötzlichem Ausbruch beobachtet man tiefste Bewußtseinsstörung z. T. mit hochgradiger Erregung, starkem Kräfteverlust, Prostration unter Auftreten hohen Fiebers. Die körperliche Untersuchung ergibt vielfach Innervations- und Reflexstörungen, die einen gewissen Verdacht auf infektiös-polyneuritische Prozesse nahelegen, ohne daß sich dieses beweisen läßt. Diese Erkrankung führt meist in wenig Tagen unter völligem Verfall der Kräfte unaufhaltsam zum Tode. —

Die Krankheitsdauer der voll entwickelten Amentia beträgt 6—9 Monate. Nachdem die Erscheinungen anfangs rapid schnell sich zur vollen Höhe entwickelten und einige Wochen und Monate angedauert hatten, findet ein allmählicher Nachlaß unter Rückgang der Sinnestäuschungen, der Erregung oder Hemmung statt. —

Bei der Beschäftigung mit Stuporösen kann man vielfach beobachten, wie die Kranken arbeiten, ihre Hemmung zu überwinden.

Der Mund wird rüsselförmig vorgestreckt, in den Gesichtsmuskeln zuckt es bald hier, bald da; doch reicht meist die Willenskraft des Kranken nicht aus zur Überwindung der hemmenden Gegenkräfte.

Die Kranken wissen nicht allzu selten nach dem Erwachen aus jenem Zustande ganz genau, was in der Zwischenzeit um sie her vorgegangen ist, während sie anscheinend völlig teilnahmslos dalagen; sie hören,

was man zu ihnen spricht, sie pressen ihre ohnedies schon fest geschlossenen Lippen und Augen beim Anreden oder beim Versuch, sie zu einer Reaktion zu bringen, noch fester zu, ein Zeichen, daß in ihrem Innern noch geistiges Leben besteht.

Das Erwachen aus diesem tiefen geistigen Schlaf geschieht langsam, manchmal auch von Rückfällen unterbrochen; noch lange, wenn äußerlich ein ruhiges, besonnenes Wesen herrscht, zeigt leichte Reizbarkeit bei äußern Eindrücken und geistige Ermüdbarkeit die überstandene schwere Erkrankung. —

Symptomatisch tritt halluzinatorische Verwirrtheit auf bei einer Anzahl andrer psychischer Krankheitsformen. Hier ist zu nennen das Delirium tremens der Alkoholiker, manche akuten Störungen der Epileptiker, besonders auch Dämmerzustände, Äquivalente; auch im Verlauf der Paralyse und des arteriosklerotischen (Alters-) Irreseins sind Zustände zu beobachten, die symptomatisch denen der halluzinatorischen Verwirrtheit gleichen. Doch es sind nur Symptome jener Grundkrankheiten, laufen auch meist wesentlich schneller ab. Auch die Diagnose der halluzinatorischen Verwirrtheit muß eben als Ausschlußdiagnose gestellt werden. —

In manchen Fällen halluzinatorischer Verwirrtheit ist die Differentialdiagnose gegen Zustände, die zum Jugendirresein gehören, nicht einfach. In beiden Fällen bestehen vielfach unklare, wechselnde Wahnvorstellungen, ebenso Halluzinationen; das äußere Verhalten bietet sowohl bei den erregten, wie gehemmten und den inkohärenten Formen der halluzinatorischen Verwirrt-

heit gewisse Ähnlichkeiten des motorischen Verhaltens mit Hebephrenen. Die Äußerungen Hebephrener erwecken oft den Anschein von Verwirrtheit. — Doch läßt sich bei eingehender Beobachtung die Differentialdiagnose meist dadurch stellen, daß anamnestisch das frühere Bestehen von unklaren, abrupten Wahnvorstellungen, von Inkohärenz, psychischen Verfallserscheinungen bei Hebephrenen festgestellt werden kann, daß schon vor dem akuten Beginn Bizarrerien, Manieren, Stereotypien bestanden. Ferner besteht tatsächlich beim Hebephrenen keine Verwirrtheit; sie wird nur durch seine sprachlichen Äußerungen, Paralogien, durch seine Handlungen, Parapraxien, vorgetäuscht, während beim Verwirrten die wirkliche Auffassungs- und Orientierungsstörung zweifellos festzustellen ist. Kindisch-absurde Größenvorstellungen sprechen für den Demenzprozeß, ebenso das eigenartig eintönige, sinnlose motorische Handeln, sein Grimassieren, während die entsprechenden Bewegungen des halluzinatorisch Verwirrten reaktive Ausdrucksbewegungen sind. Vor allem aber spricht guter Schlaf, guter Ernährungszustand durchaus gegen einen Verwirrtheitszustand und bei ähnlichen Symptomen für den Demenzprozeß. —

Auch die Differentialdiagnose gegen einen Dämmerzustand bietet öfters Schwierigkeiten bei einer frischen Aufnahme, da ja, wie erwähnt, tatsächlich solche Dämmerzustände oft genug wirkliche halluzinatorische Verwirrtheitszustände im Verlaufe der Grundkrankheit sind. Wenn hier keine anamnestischen Angaben vorliegen, die auf eine Krampfkrankheit hindeuten, zeigen öfters gewisse motorische Reizerscheinungen, wie feiner

Tremor, Reflexsteigerung, Kongestion, starrer Gesichtsausdruck, eventuell leichte Lichtreflexänderung der Pupillen, gedunsenes Aussehen, auch Albuminurie vorübergehender Art auf zugrunde liegende Epilepsie. Vor allem aber entscheidet hier meist der viel raschere Verlauf, indem ein Dämmerzustand wesentlich rascher abläuft mit meist viel stärkerer folgender Amnesie.

Auch bei halluzinatorischer Verwirrtheit sehen wir beim Ablauf, daß über die Zeiten stärkerer Bewußtseinstrübung, lebhafter und massenhafter Sinnestäuschungen nur eine unklare und summarische Erinnerung besteht, vielfach mit dem subjektiven Empfinden des unklar Schauerlichen; zu den Zeiten der Rekonvaleszenz besteht ausgesprochenes Krankheitsgefühl und volle Krankheitseinsicht. —

Kurz seien noch einige differentialdiagnostische Merkmale gegenüber andern funktionellen Psychosen besprochen.

Wie aus der Schilderung hervorgeht, gleicht diese Erkrankungsform in vielen Punkten gewissen Zuständen der Melancholie, bei der ja Stupor als Symptom oft genug auftritt. Aber dort ist der Stupor die unmittelbare Folge der depressiven Gemütsverstimmung, die im Mittelpunkte des Krankheitsbildes steht, während hier entweder gar keine psychische Depression besteht oder sie nur angedeutet ist. Eigentliche Verwirrtheit besteht bei Melancholie niemals, die Sinnestäuschungen treten nicht so lebhaft, so wechselnd und massenhaft auf; bei der Verwirrtheit ist auch nicht die depressive Stimmungslage — wenn überhaupt vorhanden — andauernd und gleichmäßig, ebenso die eventuellen Wahnvor-

stellungen, die ja dem Charakter der wechselnden Sinnestäuschungen sekundär entsprechen. —

Von der Manie, mit der die Verwirrtheit vielfach verwechselt wird, unterscheidet sie sich dadurch, daß die Manie einen freieren, leichteren Zug durch das Fortfallen von Hemmungen zeigt, daß der Maniakalische über sich und seine Lage Bescheid weiß, mehr oder weniger orientiert ist, während die Verwirrtheit gerade durch einen gewissen geistigen Druck sich auszeichnet und der Kranke durchaus unorientiert ist, sich wie vor lauter Rätsel gestellt vorkommt. Treten bei einer psychischen Erkrankung, bei welcher die Zugehörigkeit zu einer dieser beiden Krankheitsformen zweifelhaft ist, viele Sinnestäuschungen auf, — es kann sich naturgemäß überhaupt nur um wenig ausgesprochene Bilder beider Krankheiten handeln — so wird der Fall eher in die Klasse der halluzinatorischen Verwirrtheit zu rechnen sein, da massenhaft auftretende Sinnestäuschungen nicht zum Bild der Manie gehören. —

Mit der Paranoia (in der gegebenen Umschreibung) wird halluzinatorische Verwirrtheit kaum verwechselt werden können. Höchstens ist in gelegentlichen Steigerungen und Häufungen von Sinnestäuschungen der Paranoiker einmal kürzere Zeit unklar und nicht orientiert, stärker erregt oder gehemmt oder auch inkohärent. Im allgemeinen aber ist gerade der Unterschied gegen die Paranoia (nach unserer Auffassung) die Besonnenheit des Paranoikers, seine festgehaltenen, ausgebauten Wahnvorstellungen, völlig erhaltene Orientiertheit und Klarheit über die Umgebung, gute Auffassungsfähigkeit gegenüber der traumhaften Bewußtseinstrübung

bei halluzinatorischer Verwirrtheit, gegenüber den unklaren, wechselnden, von den Sinnestäuschungen abhängigen, mit ihnen veränderlichen, nicht festgehaltenen Äußerungen wahnhafter Vorstellungen. — Es sei hier nochmals kurz erwähnt, daß von Ziehen die halluzinatorische Verwirrtheit, ebenso wie das alkoholische Delirium tremens als eine Form des erweiterten Paranoiabegriffs, Paranoia acuta halluc., aufgefaßt wird, während wir den Begriff der Paranoia mit den meisten Autoren weit enger fassen und das Entscheidende in dem suveränen Überwiegen der Wahnvorstellungen finden. — Übergänge zwischen der Paranoia im engern Sinne und halluzinatorischer Verwirrtheit werden allerdings nicht selten beobachtet; eine Form davon ist die oben angeführte subakute Halluzinose. —

Die Behandlung halluzinatorisch Verwirrter kann, abgesehen von den leichtesten Fällen mit den Symptomen einfacher Ratlosigkeit und Zerfahrenheit, nur in einer Anstalt erfolgen.

Stuporöse bedürfen wohl ausnahmslos der Anstaltsbehandlung. Abgesehen von den erwähnten, fast stets unvermittelt und unerwartet auftretenden Gewaltakten ist es besonders die Sorge für das körperliche Wohl der Kranken, für stete Aufwartung der Unreinlichen, sowie für geregelte Nahrungsaufnahme, die die Anstaltsbehandlung fast nicht umgehen läßt.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Doch sind Inanition und Impulsivakte zu fürchten. —

Die Behandlung, die im Anfang im Wachsaal der Anstalt erfolgen muß, bezweckt Abhaltung von Schädlichkeiten, Erhaltung und Hebung der geschwächten

Körperkräfte, sowie möglichste Beruhigung der Kranken. Erwähnt sei noch, daß interkurrente Krankheiten häufig den geschwächten Kranken befallen. (Phthise!) —

Als funktionelle Psychosen sehen wir auch die nun zu besprechenden Formen geistiger Erkrankungen an, das periodische und zyklische Irresein, sowie die jugendlichen Verblödungsprozesse. Die beiden ersteren, die außerdem nicht selten Übergänge ineinander bilden, so zwar, daß ein als periodische Psychose aufgefaßter Fall sich als zyklisches Irresein herausstellt, sind Zeichen einer krankhaften Veranlagung der Seele, also endogener Natur. Sie treten fast nur in Fällen auf, in denen eine deutliche Familienanlage zu Geistes- oder Nervenkrankheiten nachweisbar ist oder auch bei Personen, die schon frühzeitig durch ihr sonderbares, wechselndes, unstetes Wesen aufgefallen waren. Im Anschluß an äußere Ursachen oder innere Reize, oft aber auch, was besonders charakteristisch und wesentlich ist, anscheinend spontan, bricht ein Anfall von Irresein aus, meist der manischen oder melancholischen Form angehörend, oder auch gewisse eigenartige Kombinationen von manischen und depressiven Symptomen aufweisend. Dabei sind die Anfälle durchaus nicht als Rezidive aufzufassen, sondern als Äußerungen der krankhaften Anlage. Denn bei beiden Erkrankungsarten zeigt oft die genaue Beobachtung der Zwischenzeiten, daß trotz äußerlich geordneten Verhaltens in manchen Fällen das Seelenleben gewisse krankhafte Züge enthält, daß vor allem aber das Neuauftreten

der psychischen Erkrankung entweder ganz ohne äußere Ursache geschieht, oder aber daß die als Ursache angesehene Schädlichkeit sehr geringfügiger Natur ist.

Die Fälle von Manie, namentlich die rasch „heilenden“, sind meist Zeichen resp. Anfälle periodischen Irreseins.

Größtenteils treten die Anfälle des zyklischen und periodischen Irreseins in den Formen der Manie und Melancholie auf und zeichnen sich oft nur durch rasche Heilung vor den echten Fällen dieser Krankheitsformen aus.

Häufig beobachtet ist die Tatsache, daß bei den periodischen Psychosen ein Anfall der psychischen Störung dem andern sehr ähnelt, ja ihn „mit photographischer Treue“ kopiert.

Vielfach knüpfen sich die Anfälle beim periodischen Irresein an sexuelle Funktionen, Menses, Gravidität, Klimakterium an.

Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen sind selten von gleicher, dann meist geringerer Dauer. Häufig wiederkehrende Anfälle psychischer Alienation weisen übrigens eventuell auf Epilepsie. In der Mehrzahl der Fälle ist eine zeitliche Regelmäßigkeit in der Wiederkehr des Anfalles nicht zu bemerken; ja es ist nicht ausgeschlossen, daß ein nur ein einziges Mal im Leben vorkommender Anfall manischer Seelenstörung doch (z. B. wegen frühzeitigen Todes) der Ausdruck einer krankhaften, sonst die periodische Psychose bedingenden Seelenanlage ist.

Sorgfältig muß, bevor wir die Diagnose „periodische

Psychose“ stellen, ausgeschlossen werden, daß eine epileptische Psychose vorliegt; im psychischen Bild sind ja oft wenig Unterschiede zu bemerken. Hier entscheidet der anamnestisch oder durch körperliche Zeichen (Narben an Kopf und Zunge etc.) gegebene Nachweis der Epilepsie.

Das zyklische oder zirkuläre Irresein ist charakterisiert durch einen regelmäßig auftretenden, auch sich öfters wiederholenden Wechsel zwischen expansiver und depressiver Geistesstörung mit dazwischen liegenden, scheinbar freien Zeiten, in denen jedoch fast stets gewisse Krankheitszeichen, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, gedrückte Stimmung, Energielosigkeit, bemerkt werden können. So geht sowohl Stupor in manische Erregung über, wie umgekehrt Manie in Stupor.

In den einzelnen Stadien herrscht eine große Mannigfaltigkeit der graduellen Unterschiede. In dem depressiven Stadium sehen wir sowohl einfache gemütliche Verstimmung wie schwerste stuporöse Hemmung, Versündigungsvorstellungen und schreckhafte Sinnestäuschungen; im expansiven Stadium werden sowohl hypomanische Störungen wie gewaltige tobsüchtige Erregung beobachtet.

So zeigen diese Krankheitsfälle wohl einen regellosen, bunten Wechsel der Krankheitserscheinungen nach ihrer Intensität, aber einen regelmäßigen Wechsel in der Qualität, der Abwechselung zwischen expansiver, depressiver Störung und scheinbarer Gesundheit.

Die Prognose des einzelnen Anfalls der psychischen Störung ist bei diesen Erkrankungsarten günstig,

da er erfahrungsgemäß meist glatt abläuft; indessen ist die Gesamtprognose auf dauernde Heilung im allgemeinen ungünstig, besonders kommt bei gehäuften Anfällen vielfach der Ausgang in sekundäre Demenz vor, in eine psychische Versumpfung, die öfters den Stempel der Grundkrankheit in sich trägt. —

Im Anschluß an diese Darstellung müssen wir betonen, daß nach unsrer Ansicht es nicht gerechtfertigt ist, wie es von mancher Seite geschieht, alle Fälle von Manie und von Depression (Melancholie) als Äußerungen von sogenanntem manisch-depressiven Irresein aufzufassen. Logischerweise kann man diesen Namen eigentlich nur den Formen geben, bei denen tatsächlich eine Kombination von gewissen Symptomen beider Erkrankungen vorhanden ist, während die klinische Erfahrung zeigt, daß wohl die größte Mehrzahl der Fälle diese Kombination nicht aufweist, auch kein Umschlagen von manischen in depressive Stadien und bei Wiederholung der psychischen Erkrankung nicht das entgegengesetzte Bild des früheren. —

Primärer Schwachsinn (Dementia praecox).

Eine sich von den bisher beschriebenen Krankheitsformen durch eigenartige Symptomatologie und durch ungünstige Prognose sich heraushebende Erkrankung ist der sogenannte primäre Schwachsinn, das Jugendirresein. Es ist eine Erkrankung des jugendlichen Alters, tritt meist gegen Ende des zweiten und Anfang des dritten Jahrzehnts des Lebens auf.

Diese Krankheitsform, deren Wichtigkeit und

Häufigkeit durch eine Reihe genauer Forschungen in den letzten Jahrzehnten immer mehr hervortrat, charakterisiert sich durch einen Symptomenkomplex psychischer Alienation und körperlicher, auffallender Zustände. Im psychischen Bilde sehen wir die uns bekannten Bilder, Manie, Melancholie, Verwirrtheit, halluz. Paranoia in buntem Wechsel und regellos erscheinen. Vielfach werden, nachdem mehr oder weniger lang ein depressives Vorstadium bestanden hat, in dem schon eine deutliche Änderung des Wesens bemerkt werden kann, in faselnder, energieloser Weise vage, manchmal wechselnde Wahnvorstellungen paranoischer Art geäußert. Häufig bestehen Halluzinationen, auch wird Ideenflucht zeitweise gefunden. Depressionsstadien werden selten vermißt, die sich bis zum tiefsten Stupor steigern können. Aber bei genauerer Beobachtung können wir oft genug beobachten, daß ein fremder, schwächlicher Zug sich in die Bilder psychischer Alienation einmischt, Züge von Albernheit und kindischem oder störrischem Wesen; und dies von vornherein, daher „primärer“ Schwachsinn.

Charakteristisch für die Erkrankung sind die eigentümlichen motorischen Erscheinungen. Es ist kaum möglich, all die motorischen Zustände, die bei dem Jugendirresein beobachtet werden, aufzuzählen: fast jeder Fall hat hierin seine Eigenheiten und Absonderlichkeiten. Aber durch sie alle geht ein nicht zu verkennender, gemeinsamer Zug, es sind die sogenannten katatonischen Symptome.

Es ist die Stereotypie, der Automatismus der Bewegungen. Stunden-, tage-, wochen-, ja monatelang

werden dieselben Bewegungen ruhe-, aber auch affektlos wiederholt. Jener im Bett liegende wischt ununterbrochen auf der Bettdecke herum, jener kratzt den Anstrich von der Wand, der rutscht auf dem Boden umher oder befindet sich in ruheloser Kreisbewegung etc. Daß aber diese Bewegungsreihen oft nicht so harmloser Art sind, wurde schon früher erwähnt. Ich erinnere nur nochmals an die Gefahr des Dekubitus beim Herumrutschen im Bett, an die Gefahr der Phlegmonen beim ständigen Kratzen am eigenen Leib. Fälle, wie der im allgemeinen Teil erwähnte, daß einer meiner Kranken sich wie automatenhaft schwere Selbstverletzungen durch wiederholtes, mehrere Tage fortgesetztes Abbeißen von Zungenstücken zufügte, sind glücklicherweise selten.

Nächst diesen stereotypen Bewegungsreihen beobachten wir häufig lange Zeit festgehaltene Muskelkontraktionen, worauf auch der Name „Spannungsirresein" zurückzuführen ist. Diese Muskelspannungen sind, wie schon früher erwähnt, durchaus aktiver Entstehung, durch fortgesetzte energische Innervation bedingt. Passiven Bewegungsversuchen der Gliedmaßen wird darum nach jeder Seite hin energisch widerstrebt (Negativismus). Infolge der dauernd festgehaltenen Innervation sehen wir häufig die auffallenden, oft ungemein verzwickten Haltungen dieser Kranken, sehen die merkwürdigsten Gesichtsverzerrungen. Auch das die Pflege und Wartung so störende Anhalten von Kot und Urin ist wohl auf das Festhalten solcher Innervation zurückzuführen. Oft genug entleert der vom Klosett zurückgeführte Kranke sofort seinen ganzen,

lange angesammelten Darminhalt ins Bett. Überhaupt sind die Katatoniker durch ihre unberechenbaren motorischen Ausbrüche aus ihrem stumpfen Verhalten heraus, durch ihr albernes, stets widerstrebendes Benehmen oft ein sehr unbequemes, schwer zu erziehendes, störendes Element der Anstalten.

Außer den motorischen Erscheinungen der Katalepsie und des Negativismus sehen wir als weitere Erscheinungen der Stereotypie die sogenannte Echolalie und Echopraxie, d. h. der Kranke spricht alles nach, was um ihn gesprochen wird, oder kopiert die Handlungen und Bewegungen andrer Kranker. Von seiten der Sprache haben wir oft Verbigeration und die Bildung eigenartiger, anscheinend sinnloser neuer Worte zu verzeichnen. Die ganze Sprechweise der Katatoniker ist häufig „manieriert“, albern und gesucht; auch in dem formalen und inhaltlichen Teil ihrer Schrift prägt sich dieser kindisch-manierierte Zug oft aufs deutlichste aus.

Dabei tritt der Schwachsinn, oft in Gestalt dement-heiterer Stimmung, immer deutlicher hervor, die Intelligenz ist nicht etwa auf dem erreichten Standpunkt stehen geblieben, sondern wir bemerken ein allmähliches Schwinden des angelernten Wissensschatzes, oft bis zum Eintreten einer völligen psychischen Tabula rasa.

Während des Verlaufs der Krankheit treten nicht selten epileptoide, auch ohnmachtsartige Anfälle auf. Der Verlauf ist vielfach von Remissionen von verschiedener Dauer unterbrochen. Auch die „Heilungen“ (mit Defekt) sind vielleicht als solche langdauernde Nachlässe aufzufassen. Der Ausgang ist meist tiefer

Blödsinn, der nach mehreren Jahren eintritt. Auch in diesem Blödsinn sind vielfach noch die katatonischen Zeichen erkennbar.

Die Erkrankung ist ein Ausfluß degenerativer Veranlagung, ausgesprochen endogen. Sehr hoch ist die $^{0}/_{0}$ Zahl, in der erbliche Belastung feststellbar ist; nach einzelnen Statistiken 80 $^{0}/_{0}$. Vielfach zeigten die später Erkrankenden in ihrer Jugend schon psychopathische Züge. Wir hören von Nachtwandeln, Bettnässen, von nächtlichem Aufschrecken, von sonderbar störrischem, wechselndem unstäten Wesen, von einem Verhalten, das von dem des gesunden Kindes abweicht, es wird berichtet, das Kind sei sonderbar, „Einspänner" gewesen, schwer erziehbar, durch Strafen gar nicht beeinflußbar. Oft genug wird auch beobachtet, daß die Erkrankung an Jugendirresein bei einem intellektuell mangelhaft veranlagten Individuum, auf der Grundlage der Imbezillität sich entwickelt; man spricht dann von „Pfropfhebephrenie". Andre Fälle lassen es als sehr wahrscheinlich erscheinen, daß das erste Auftreten des Prozesses schon in der Kindheit bestand, daß das spätere Offenbarwerden als Nachschub aufzufassen ist. Auch bei den im späteren Alter erst offenbar werdenden Erkrankungen mit stürmischen Symptomen ist wahrscheinlich, daß das erste Beginnen in der Pubertätszeit eintrat, und wegen geringer, wenig auffallender Symptome nicht zum Bewußtsein der Angehörigen kam. Die genauere Ausfragung ergibt wenigstens oft genug, daß nachzuweisen ist ein Versagen, Nichtweiterentwickeln in den Entwicklungsjahren, Einsetzen von Gleichgültigkeit, die dann, wie so oft, normalpsychologisch aufgefaßt

wurde, bis spätere akutere Symptome doch die Vermutung fast zur Gewißheit werden lassen, daß die Erkrankung damals tatsächlich eingesetzt hatte.

Wir stehen auf dem Standpunkt, daß die Erkrankung eine rein endogene, in der Konstitution der Keimelemente bedingte ist. Die Vermutung, daß es sich um eine eventuell mit den Sexualorganen zusammenhängende Autointoxikation handele, ist bisher eine unbeweisbare und unbewiesene Hypothese. —

Aus der unendlichen Fülle von Krankheitsformen heben sich drei Verlaufsarten durch eine gewisse Konstanz der Symptomzusammenstellung hervor, wenn auch sich zwischen diesen Formen viele Übergänge und Mischformen finden.

Es sind dies die Hebephrenie (Dementia hebephrenica), die Katatonie (Dementia katatonica, Spannungsirresein) und die Dementia paranoides. Im wesentlichen wird die Unterscheidung dieser Formen getroffen nach dem Vorherrschen gewisser, im übrigen allen gemeinsamer Züge, des Vorherrschens der geistigen Schwäche von vornherein, meist unter wenig stürmischen Symptomen bei der 1. Gruppe, des Vorwiegens der motorisch-katatonischen Symptome bei der 2., und der eigenartigen Wahnbildung bei der 3. Gruppe.

a) Hebephrenie.

Die Hebephrenie ist eine ausgesprochene Erkrankung des Pubertätsalters, sie setzt gewöhnlich in der 2. Hälfte des 2. Lebensdezenniums oder auch zu Beginn der 20er Jahre ein. Die später einsetzenden Fälle sind wohl ausnahmslos, wie oben erwähnt, so aufzufassen,

daß der eigentliche Krankheitsbeginn in der Pubertätszeit unbemerkt vor sich ging, weil stürmischere Symptome, wie so oft, fehlten. Bei den einfachsten Fällen, die jedoch der Deutung große Schwierigkeiten machen, vielfach unerkannt bleiben, als Neurasthenie diagnostiziert und behandelt werden, fehlen irgendwelche akuten Symptome fast völlig. Meist werden uns Klagen über stetes Abgespanntsein, Müdigkeit, Interesselosigkeit geäußert, gelegentlich auch ein argwöhnisch mißtrauischer Gedanke. Vereinzelt treten auch wohl Sinnestäuschungen auf, gelegentlich von leichterer Erregung gefolgt. Jedoch das Charakteristische des Bildes beruht in dem von vornherein nachweisbaren Nachlassen der psychischen Spannkraft. Es tritt Apathie, Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, die Familie, das eigene Fortkommen, den Beruf auf.

Die Aufmerksamkeit ist gestört, liegt darnieder; nichts vermag den Kranken aus seiner Stumpfheit herauszulocken. Neue Reize erwecken keine Vorstellungsreihen, der Kranke ist unproduktiv. Dabei ist das Bewußtsein klar und erhalten, Verwirrtheitszustände treten nicht auf. Auch eine schwerere Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses besteht nicht; die eingelernten Reihen (Schulkenntnisse z. B.) können richtig reproduziert werden. Vielfach allerdings tritt bei Explorationen das Symptom der Perseveration hierbei störend auf; eine einmal gegebene Antwort wird nun auf alle weiteren Fragen gegeben. Der Gedankengang ist zerfahren, die Kranken sind abgelenkt, vermögen einen Gedanken nicht durchzudenken; eine Zielvorstellung bei geistiger Arbeit wird nicht festgehalten. — Ge-

legentlich werden Wahnvorstellungen geäußert, doch ohne die gemütliche Erregung etwa des Paranoikers; gerade die Affektlosigkeit, mit der eventuelle Sinnestäuschungen und die monotonen Wahnvorstellungen geäußert werden, weisen auf die Abstumpfung der Gefühle, auf die vorliegende, schon von vornherein nachweisbare geistige Schwäche hin, auf das Sinken des geistigen Niveaus des Kranken. Dies geht auch aus ihren spontanen Äußerungen hervor, in denen oft hohlklingende Phrasen, oberflächliches Pathos, Gebrauch von Schlagworten in vielfach aufdringlicher Weise beobachtet werden. —

In ihrem motorischen Verhalten prägt sich diese Versumpfung charakteristisch aus in ihrer gleichgültigen Willenlosigkeit (hebephrene Abulie). Es fehlt ihnen jeder Trieb zur geordneten nutzbringenden Tätigkeit, vielfach sitzen sie stumpf und gleichgültig, mit den Fingern spielend herum; andere sind zu stumpf, sich aus dem Bett zu erheben, brauchen endlose Zeit zur Toilette. Auch wochenlange Abstinenz wird aus mangelnder Initiative beobachtet. — In andern Fällen kommt das motorisch-stereotype Element mehr zum Vorschein in sinnlosem Handeln, tage- und wochenlangem Vollkritzeln von Papier, von Wänden der Krankenzimmer, wenn sie einen Bleistift erhalten, Zerschneiden von Zeitungen, Malen bizarrer Zeichnungen. Gelegentlich werden auch katatonische Muskelinnervationen beobachtet, Grimassieren, Stirnrunzeln, Verziehen des Mundes, während meist ein Ausdruck im Gesicht kaum zu erkennen, er als leer und öde zu bezeichnen ist. Neben der Form stiller Verblödung werden sympto-

matisch vorübergehende akutere Symptome von Wahnbildungen beobachtet, die jedoch ohne zur Fixierung zu gelangen, wieder verschwinden.

Infolge des Einsetzens der Erkrankung oft im militärpflichtigen Alter hat diese Erkrankung für die Truppe eine hohe Bedeutung. Einmal drängen sich nicht selten im hebephrenischen Verblödungsprozesse Begriffene als Freiwillige zum Militärdienst, oft auf Wunsch der Angehörigen, die von der straffen militärischen Zucht einen bessernden, erziehenden Einfluß auf die Energielosigkeit, Schlaffheit und Stumpfheit des jungen Mannes erhoffen. Andrerseits verursacht die Anwesenheit eines Menschen, dessen pathologische Eigenschaften ihn absolut ungeeignet für den geregelten Dienstbetrieb machen, oft schwere Störungen in dem innern Leben des Truppenteils. Ein großer Teil der „Soldatenmißhandlungen“ beruht auf dem Vorkommen Hebephrener — sei es als Vorgesetzter, sei es vor allem auch als Untergebener; erklärlicherweise wird nun vielfach die psychische Änderung des Rekruten auf die angeblichen, oft durchaus harmlosen Übergriffe von Vorgesetzten und Kameraden zurückgeführt, zumal da hieran noch erhebliche materielle Folgen in Gestalt von Invalidenrenten sich knüpfen können. Hiergegen muß nochmals betont werden, daß die Erkrankungsformen des primären Schwachsinns, speziell hier die Hebephrenie, rein endogen, Ausfluß der Veranlagung sind, daß die angeblich durch Traumen oder sonstige äußere Einflüsse ausgelösten Erkrankungen sich in keiner Weise, weder symptomatologisch, noch etwa durch schnelleren Verlauf, oder durch den Ausgang von den vielen Tausenden gleicher Art sich unter-

scheiden, bei denen die Erkrankung auf kein solch angebliches ätiologisches Moment zurückgeführt werden kann, bei Individuen, die sogar in den denkbar besten und hygienischsten Verhältnissen sich befanden.

b) Katatonie (Dementia katatonica, „Spannungsirresein").

Die katatonische Form des Jugendirreseins ist charakterisiert durch das Vorwiegen der eigenartigen motorischen Phänomene, die als katatonische Zeichen benannt werden.

Katatonische Zeichen, also eigenartige Muskelzustände und Bewegungsvorgänge in weiterem Sinne, werden auch bei einer Reihe andrer Psychosen beobachtet. Vor allem sind sie im Verlauf der Paralyse und epileptischer Psychosen nicht selten; aber auch bei Manie, Verwirrtheit und Paranoia kommen derartige Züge vor. Auch hier handelt es sich also um eine Ausschlußdiagnose, obgleich vielfach ja auf den ersten Anblick hin die Diagnose gestellt werden kann. —

Auch die Katatonie entsteht meist ohne erkennbare äußere Veranlassung zwischen dem 15. und 25. Jahre, wenn auch genügend Fälle beobachtet werden, in denen der anscheinende Krankheitsausbruch im höheren Lebensalter erfolgt. Gerade hierbei aber erweist, wie erwähnt, die genaue Ausfragung in einer großen Zahl von Fällen, daß in der Pubertätszeit doch psychischabnorme Zeiten bestanden hatten, daß die anscheinende Neuerkrankung als Nachschub eines Krankheitsprozesses aufzufassen ist, der unter großen Remissionen verlief, wie nicht selten bei dieser Erkrankungsform.

Der Beginn ist in der größeren Mehrzahl der Fälle subakut, oft mit psychischer Depression, unbestimmten körperlichen Beschwerden, auffallendem Benehmen mit langsam immer deutlicher hervortretenden Zügen des Negativismus, der Stereotypie und des Automatismus. Andre, weniger zahlreiche Fälle beginnen mit akuteren stürmischeren Symptomen, mit ängstlicher Erregung, mit lebhaften Sinnestäuschungen und unklaren Wahnvorstellungen, wobei jedoch ebenfalls die motorischen Symptome schon krankheitsbeherrschend auftreten.

In dem letzteren Falle entwickelt sich vielfach schnell der Zustand des katatonischen Stupors, völliger körperlicher und seelischer Starrheit, Regungslosigkeit, Reaktionslosigkeit unter Auftreten eigenartiger Muskelspannungen in allen Innervationsgebieten und ohne isolierte Erhöhung der Sehnenreflexe (Differentialdiagnose gegen organisch bedingte Muskelspannungen), ohne zentral bedingte, unwillkürliche isolierte Muskelzuckungen, z. B. der Gesichts-, Wadenmuskeln, ohne das eigenartige gedunsene Aussehen, den starren Augenausdruck und ohne Auftreten von Eiweiß im Urin (wie bei epileptischem Stupor). Auf keinen Schmerzreiz erfolgt eine Reaktion, selbst Einstechen in Schleimhäute bewirkt keine Abwehrbewegung; dabei geben jedoch die Kranken nach dem Verschwinden der Starre regelmäßig an, daß sie alle Vorgänge um sie wahrgenommen, die Reize wohl empfunden haben, jedoch sich nicht hätten rühren können.

Von andern Muskelsymptomen sind zu nennen die durch erhöhte Suggestibilität bedingte Festhaltung

von Innervationen, auffallenden Stellungen, Katalepsie mit Flexibilitas cerea. Ähnlich ist trotz anscheinend entgegengesetzter Art zu werten der oben erwähnte Negativismus, das aktive Gegeninnervieren gegen jeden Bewegungsimpuls, der im Grunde doch auf eine erhöhte Suggestibilität für Muskelinnervationen zurückzuführen ist. Auf letztere Ursache geht auch der sogen. Befehlsautomatismus zurück, Nachahmung von Muskelzuständen und Bewegungen, wie automatisch, wie unter Ausschaltung eigener gewollter Muskelimpulse. So sehen wir Echopraxie und im Gebiet der Sprache Echolalie. — Aber auch die eigenen Bewegungen bieten einen Reiz zu gleichen Bewegungsreihen und -ketten, wodurch die unendlich zahlreichen Erscheinungen stereotyper Muskelhaltungen und Bewegungen entstehen.

Oft genug läßt sich das erste Entstehen eines derartigen Muskelzustands als Ausdrucksbewegung nachweisen, so die Stirnrunzelung als Ausdruck düstrer Stimmung, Bettschlagen als Bewegung zur Fortscheuchung eines Insekts usw. Der Grund zur damaligen ersten Innervation ist dann verschwunden, die Innervation selbst wird beibehalten. So ist das genannte Phänomen der Kontraktion der feststehenden Stirnrunzelung ein viel beobachtetes, — teils nur Horizontalfältelung durch dauernde Kontraktion des M. frontalis, teils Vertikalfältelung durch Kontraktion des M. corrugator oder auch eigenartige Kombinationen beider, die starr festgehalten werden, so daß die zu verschiedenen Zeiten aufgenommenen graphischen Aufnahmen (auf berußter Rolle) sich durchaus decken können. Durch einen solchen Innervationszustand wird

der Ausdruck einer scheinbar depressiven Gemütsstimmung erweckt, während tatsächlich ein derartiger Affekt durchaus nicht vorliegt. — Andre solcher vielfach beobachteter automatisch-stereotyper Bewegungsreihen sind Kreisbewegungen, ruheloses Herumwandern, z. B. auf den Fußspitzen mit irgend einer seltsamen Handlung an bestimmter Stelle, wie Verbeugung usw. Der Bewegungsdrang ist ein durchaus selbständiger, als primäres Symptom der Erkrankung zu werten. So sieht man vielfach ein sinnloses Grimassieren, Gesichtverzerren, oft Schreien und Lachen, ohne daß eine irgend wie gehobene Gemütsstimmung bestände. Auch hierbei wird gelegentlich in der Remission angegeben, daß diese Handlungen, als Zwang empfunden, hätten ausgeführt werden müssen. Weitere Symptome der Spannung und des negativistischen Verhaltens sind die oft beobachtete Ansammlung des Speichels im Mund, eventuell mit explosionsartiger Entleerung ohne Rücksicht auf die äußere Lage, Zurückhaltung der Exkrete, Nahrungsverweigerung, Zusammenpressen der Kiefer. — Oft genug werden aus der Starre heraus Impulsivakte, Angriffe auf die Umgebung oder ganz sinnlose Handlungen beobachtet, nach denen häufig der vorherige starre Zustand unverändert weiter dauert.

Sprachlich sind eine Reihe weiterer auffallender Symptome zu verzeichnen. Als Ausdruck des stereotyp-automatischen Bewegungsimpulses nimmt man die Erscheinung der Verbigeration wahr; dieselbe Redensart, Phrase, derselbe Satz wird unaufhörlich in gleicher Weise stunden- bis monatelang hergesagt; vielfach tritt

allerdings hierbei allmählich durch Wegfallen von Teilen, Hinzumachen von andern ein Satzgebilde auf, das mit dem ursprünglichen wenig Ähnlichkeit mehr hat. Hierbei werden vielfach Wortneubildungen oft ganz unverständlicher Art wahrgenommen. Der logische Zusammenhang des Ausdrucks ist oft nicht mehr erkennbar, es entsteht die Erscheinung der „Sprachverwirrtheit", „Wortsalat". Diese Symptome werden auch in den schriftlichen Äußerungen erkennbar, manchmal noch deutlicher als in den mündlichen. — Eine sprachliche Äußerung des Negativismus, der aktiven, gewollten, absichtlichen Gegeninnervation, ist die Erscheinung der Paralogie, das „Vorbeireden". Anstatt der adäquaten, sinngemäßen Antwort auf eine einfache Frage antwortet der Katatoniker mit einer sinnlosen Antwort, „vorbei"; z. B. $4 \times 4 = ?$ — „7". Solche falsche Antworten werden häufig festgehalten, sodaß z. B. während eines ganzen Anstaltsaufenthaltes auf dieselbe Frage stets dieselbe falsche Antwort demselben Arzt gegeben wird, während der Kranke dieselbe Frage einem andern Untersucher gegenüber ohne weiteres richtig beantwortet. Daß durch solches „Vorbeireden" viele Kranke in den Verdacht der Simulation gekommen sind und noch kommen, ist klar, wenn der Untersucher das Symptom der Paralogie, des absichtlichen Danebenredens nicht als oft beobachtetes, typisches Krankheitssymptom genau kennt. Bei der Analyse der Antworten und speziell der Paralogien der Katatoniker kann man oft genug feststellen, daß die falsche Antwort nichts weiter darstellt als die Wiederholung einer kurz vorher oder früher gegebenen richtigen, daß also die falsche Antwort eine sprachliche

Iterativerscheinung ist, wie schon andre vorher erwähnt sind. Es äußert sich hierin das katatonische Symptom der „Gebundenheit“. Bei oberflächlicher Betrachtung wird aus solchen Antworten oft genug die Diagnose auf Schwachsinn oder auch auf Verwirrtheit gestellt, während tatsächlich nur eine sprachlich-motorische Iterativerscheinung, ein primäres katatonisches Innervationsphänomen vorliegt bei klarer Auffassung der Umgebung. —

Tatsächlich kann indessen bei Reaktionsversuchen eine Verlangsamung der Reaktion festgestellt werden, die nicht durch solche katatonische Gebundenheit, sondern durch tieferliegende Hemmung, Auflösung von tiefern Assoziationsvorgängen bedingt ist, die den psychischen Verfall andeuten, der sich aus dem Krankheitszustand entwickelt. Dieser Zerfall deutet sich auch aus einer Reihe weiterer Anzeichen des psychischen Befundes an. Es treten unklare Wahnideen auf, ohne daß die entsprechende Gemütsreaktion eintritt, sowohl hypochondrische Vorstellungen wie Größenideen, eine gemütliche Abstumpfung, Zerfahrenheit, Unfähigkeit zur Konzentration bei leidlicher oder genügender Merkfähigkeit, ein eigenartig verschrobenes, unstetes Wesen, das sich in mancherlei „Manieren“ offenbart. — Die Erkrankung verläuft vielfach in Schüben. Die akuten Symptome treten zurück, die Hemmung und Gebundenheit, Iterativ- und negativistischen Erscheinungen schwinden langsam, bis ein Zustand eintritt, der oft genug ein gedeihliches Wirken außerhalb der Anstalt ermöglicht. Es werden große und lange Remissionen beobachtet, die nahezu an Heilung mit leichtem Defekt

grenzen. Man muß also im Aussprechen der Prognose vorsichtig sein; diese liegt jedenfalls bei katatonischen Zuständen weit besser als bei den andern Formen des Jugendirreseins. Oft genug aber setzt später ein neuer Schub ein, der dann leicht zur schnellen Verblödung führt. Der Grad der Verblödung, des psychischen Verfalls, wechselt von leichten Graden „sonderbaren Wesens", mäßiger Gemütsstumpfheit bis zu den schwersten Graden des Blödsinns. Die Lebensdauer wird an sich durch die Erkrankung nicht beeinflußt, weshalb auch derartig Kranke einen Hauptbestandteil aller Pfleganstalten ausmachen. Jedoch erliegen viele Katatoniker der Phthise (mangelhafte Lungenventilation bei stuporösen Zuständen), interkurrenten Erkrankungen infolge etwa durch Inanition geschwächter Konstitution, Phlegmonen als Folge ihrer automatischen Bewegungen und eventueller Selbstbeschädigungen und Pneumonien durch Verschlucken durch Sperrung beim Füttern; sie sterben also indirekt an Folgen ihrer Psychose.

c) Dementia paranoides.

Diese Form des Jugendirreseins ist erheblich seltener als die beiden vorerwähnten. Die bei den beiden erwähnten Formen gelegentlich beobachteten psychischen Symptome der mit lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden Wahnvorstellungen treten hier in einer das Krankheitsbild beherrschenden Weise auf. Es sind zum großen Teil schon durch ihre Eigenart auffallende Wahnideen, meist Größenvorstellungen abenteuerlicher, phantastischer Art, über das Denkbare

hinausgehend, ähnelnd dem paralytischen Größenwahn. Vielfach wird als Krankheitsbeginn auch hier vor dem Auftreten der Größenvorstellungen ein mehr oder weniger lang anhaltendes depressives Stadium beobachtet. Die Größenvorstellungen werden immer grotesker, abrupter, zusammenhanglos; sehr bald tritt weitgehender psychischer Verfall auf, in dem nur ganz unzusammenhängende Bruchstücke, Rudimente, der Größenideen noch geäußert werden. Auch bei dieser Form des Jugendirreseins fällt die Inkongruenz von Wahnvorstellungen gegenüber der geringen Affektbetonung auf; die Wahnideen werden geradezu manchmal wie etwas Fremdes, nicht dem eigensten Erleben angehöriges erzählt. Widerspruch löst keinen Versuch zur Überzeugung aus, wird gleichgültig hingenommen. — Auffallend sind noch einige weitere psychologische Züge, die Konfabulation von Erlebnissen, wohl beruhend auf dem psychischen Verfall in Kombination mit der traumhaften Erinnerung an Halluzinationen und Wahnideen, die oft bemerkte Personenverkennung, gelegentlich auch im Sinne der allgemeinen Wahnvorstellungen, die besonders auch in den Briefen durch ihre Inkohärenz, ihre Wortneubildungen, bizarre Schreib- und Zeichenweise sich aussprechende psychische Schwäche.

Die motorischen Erscheinungen spezieller Art sind in geringerer Menge als in den beiden andern Verlaufsarten wahrnehmbar, die Stimmung ist vielfach schwachsinnig heiter, öfters auch gereizt. — Die Erkrankung geht, wie erwähnt, meist rasch in erhebliche Verblödung aus.

Differentialdiagnostisch ist gegen die Paralyse, mit

der die Größenideen viele Ähnlichkeiten haben, hervorzuheben, daß die dort wahrzunehmenden körperlichen Zeichen schwerer organischer Erkrankung fehlen, daß die Dem. paran. eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist (cave juvenile Paralyse!). Von der Paranoia im engern Sinne unterscheidet sie sich durch die abenteuerlichen, grotesken, wenig innern Zusammenhang bietenden Wahnvorstellungen, durch das Überwiegen lebhafter Sinnestäuschungen und den schnellen psychischen Verfall, von der halluzinatorischen Verwirrtheit dadurch, daß die Besonnenheit, Orientiertheit erhalten ist, daß ätiologisch keine erschöpfenden Momente vorangehen.

Schwierig in hohem Grade ist die Differentialdiagnose gegen gewisse Formen geistiger Störung, die in der Haft auftreten und symptomatisch der Dement. paran. auffallend gleichen können, speziell in der Massenhaftigkeit des Auftretens der Sinnestäuschungen und der Stärke der blühenden Größenvorstellungen. Doch der Verlauf ist ein wesentlich andrer; bei der Dement. paran. schneller psychischer Verfall, bei den ihr ähnelnden eigenartigen Haftpsychosen Rückgang der akuten Erscheinungen, namentlich nach Versetzung aus der Haft in die entsprechende Krankenanstalt und Wiederkehr psychisch ziemlich normalen Verhaltens. Bei der Katamnese dieser Fälle, bei denen von vornherein nach der Art der Symptome der Verdacht einer endogenen degenerativen Psychose mit ungünstiger Prognose so nahe lag, zeigt sich, daß es vielfach Individuen mit ungewöhnlich starker erblicher (auch krimineller) Belastung, starker psychopathischer Veranlagung

waren, daß die spezifisch katatonischen Symptome noch weniger in den Vordergrund traten als sonst bei Dem. paran., daß nicht selten doch zweifellos gewisse Bewußtseinstrübungen bestanden, daß die Affektbetonung der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen stärker war als gewöhnlich bei Dem. paran., so daß immerhin einige nicht unwesentliche differentialdiagnostische Merkmale sich ergaben. Doch geht hieraus hervor, daß man in ähnlichen Fällen, bei Psychosen von Untersuchungs- und Strafgefangenen, die den Symptomenkomplex der Dem. paran. zu tragen scheinen, mit der Diagnose und damit Prognose gutachtlich noch vorsichtiger und zurückhaltender wie gewöhnlich sein muß, um nicht durch den spätern Verlauf widerlegt zu werden. —

Unter diesem Abschnitt wollen wir noch zwei Zustandsformen betrachten, die in gewisser Beziehung die Überleitung zum nächsten Kapitel bilden, die sekundäre und die senile Demenz. Der angeborene Schwachsinn soll in einem späteren Abschnitt behandelt werden.

Die sekundäre Demenz ist eine der Ausgangsformen funktioneller Psychosen. Dem Krankheitsbild ist fast stets noch der Stempel der vorausgegangenen Psychose, allerdings in sehr abgeschwächter Form, aufgedrückt. Leicht maniakalische oder melancholische Stimmung, mechanisch, ohne Leidenschaft und Interesse geäußerte, die Psyche nicht mehr übermächtig beherrschende Wahnvorstellungen, meist mehr oder

weniger große chronische Verwirrtheit sind zu konstatieren neben der allgemeinen Demenz, der geschwächten Denk- und Urteilskraft. Doch findet man häufig die Intelligenzdefekte erst bei genauerer Nachforschung. Nach außen bieten die Kranken gelegentlich durch die oft vorhandene Vielgeschäftigkeit ein durchaus nicht dementes Aussehen.

Die sekundäre Demenz ist präsenil, tritt vor dem 55. Lebensjahr auf (Differentialdiagnose gegen Dem. sen.) im Anschluß an eine ungeheilte, in ihren stürmischen Erscheinungen abgelaufene funktionelle Psychose. Die sekundäre Demenz zeigt keine körperlichen Lähmungssymptome wie die Paralyse; auch wird selten ein so absoluter Verfall aller geistiger und körperlicher Kräfte hierbei beobachtet wie bei letzterer.

Prognose ungünstig. Die Kranken bedürfen zum größten Teil nicht der dauernden Anstaltsbehandlung. —

Eigentlich nicht in die Klasse der funktionellen, also ohne organische Störung einhergehenden Psychosen gehört die jetzt zu erwähnende Dementia senilis. Denn bei der Obduktion derartig Kranker wird regelmäßig Hirnatrophie (oft bedeutende!), lokale Herde Hydrocephalus externus und nicht selten Hirnhautänderung gefunden.

Bei den an Altersblödsinn leidenden Kranken sehen wir als Hauptkrankheitszeichen die geistige Schwäche, die bis zum Stillstand jeder geistigen Tätigkeit fortschreiten kann. Das Auffassungsvermögen ist stark herabgesetzt, es fehlt vielfach die Orientiertheit über Ort, Zeit und Lage. Die Stimmung ist meist eine schwachsinnig-heitere, die Wünsche der Kranken

erstrecken sich vielfach bloß auf ihr körperliches Wohlergehen.

Doch sind die Kranken wie Kinder in dem leichten, unmotivierten Stimmungswechsel. Ein kleiner unsinniger Wunsch, der dem eben heiter lächelnden Greise abgeschlagen wird, bringt ihn zum lauten Klagen und Weinen; und durch eine Kleinigkeit wieder, z. B. eine Zigarre, fühlt er sich bald darauf wieder als der glücklichste Mensch.

Das Gemütsleben ist meist stumpf, die Kranken sind für die Außenwelt und ihre Umgebung teilnahmlos. Das Gedächtnis ist stets mangelhaft; namentlich infolge der herabgesetzten Auffassungsfähigkeit ist die Erinnerung für die jüngste Vergangenheit schlecht, während sich der Kranke früherer Ereignisse noch mit leidlicher Treue erinnern kann. Es besteht also starke, experimentell leicht nachweisbare Merkfähigkeitsstörung.

Auch das Triebleben ist verändert, meist herabgesetzt. Nicht selten sind es jedoch durch Wegfall von Hemmungen bedingte auffallende Handlungen, die den Kranken mit der öffentlichen Ordnung in Streit bringen (Sittlichkeitsvergehen an Minderjährigen, planloses Herumirren) und die seine Verbringung in eine Anstalt bedingen.

Auch Verwirrtheitszustände, Wahnbildungen und gemütliche Depressionen werden nicht zu selten bei derartig Kranken bemerkt; doch werden sie stets ohne die Intensität und den Affekt wie bei akut Erkrankten geäußert.

Nicht selten treten auf der Basis der senilen

Gehirnveränderungen schwere motorische Erregungszustände, oft mit sinnlosem, ununterbrochenem Schreien, vielfach mit katatonisch-motorischen Zeichen auf, die infolge leicht eintretender Herzschwäche eine bedenkliche Prognose haben. Je nach der eventuellen lokalen Gehirnveränderung auf Grund der diffusen, arteriosklerotischen Prozesse sind wechselnde, von Fall zu Fall verschiedene Symptome vorhanden. —

Zu erwähnen ist, daß im Senium und Präsenium schwere depressive Zustände auftreten können, die prognostisch ungünstig liegen, während andrerseits genug typische Melancholien im vorgerückten Alter gut ablaufen, heilen und zwar besonders solche, bei denen eine nervöse Basis nachweisbar war. — Der „senile Beeinträchtigungswahn" hat eine im allgemeinen ungünstige Prognose. —

Körperlich sind die senil Dementen meist älter und verbrauchter als ihre Lebensjahre erwarten ließen. Außer häufiger Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Schwindelgefühl finden wir meist diffuse, ausgebreitete Arteriosklerose (wohl die Ursache der psychischen Änderung), Greisenzittern, leichte körperliche Lähmungserscheinungen wie träge Reflexe (speziell ist die fast stets träge Pupillenreaktion zu erwähnen), Atrophien, Gefühlsstörungen; die aber alle nicht so regelmäßig und schwer sind wie die durch die organische Erkrankung der Dementia paralytica bedingten Lähmungs- und Ausfallserscheinungen. Die Kranken bedürfen vielfach genauer Wartung und Pflege (besonders nach den apoplektischen Anfällen!), da sie nicht allzu selten Urin und Kot, ohne es zu merken, unter sich lassen.

Auch neigen sie sehr zum Durchliegen und gerade die Vermeidung des Dekubitus bei den marastischen Körpern ist eine Hauptaufgabe bei der Pflege dementer Kranker. Verpflegung in der Irrenanstalt ist deshalb für viele Fälle durchaus wünschenswert. Die Prognose ist bei wirklicher Altersdemenz natürlich absolut schlecht, da die intrakraniellen Veränderungen, wie sie fast regelmäßig bei den Sektionen gefunden werden, nicht wieder hergestellt werden können.

Die Kranken sterben vielfach an interkurrenten Krankheiten, Pneumonie, Influenza etc.

---

2) Die paralytische Seelenstörung.

Die „progressive Paralyse der Irren“ ist eine recht häufige Psychose, $^1/_7$ bis $^1/_5$ aller in Irrenanstalten neu aufgenommener Kranker ist an Dementia paralytica erkrankt; in mancher Irrenanstalt in großen Städten ist fast die Hälfte der aufgenommenen Geisteskranken paralytisch.

Es hat den Anschein, als ob die Paralyse eine noch nicht sehr alte Krankheit sei. Von den alten Schriftstellern, die doch die Paranoia ganz gut kannten, wird sie nicht beschrieben. Und es wäre doch sonderbar, wenn diesen scharfen Beobachtern eine Seelenstörung entgangen wäre, die mit so ausgebildeten Lähmungserscheinungen, wie z. B. denen der Sprache, einhergeht.

Wohl mit Recht wird von vielen Seiten angenommen, daß die Paralyse eine in der Neuzeit immer häufiger auftretende Krankheit ist; dies ist auch zu

verstehen bei der Betrachtung der vielen Ursachen dieser Erkrankung, die auf sozialem Gebiet liegen und die bei dem in der Gegenwart immer mehr erschwerten Kampfe um das Dasein immer stärker zur Wirkung kommen müssen.

Die Paralyse ist eine vorwiegend psychische Erkrankung, die aber mit vielfachen Zeichen körperlicher Lähmung einhergeht, welche auf eine tiefgreifende Gehirnerkrankung hinweisen. In der Tat finden wir konstante pathologisch-anatomische Veränderungen der Gehirnrinde, die als Encephalitis corticalis interstitialis chronica (Gehirnerweichung) bezeichnet werden.

Bei der Sektion finden wir am Gehirn der Paralytiker makroskopisch allgemeine Gehirnatrophie (Rinde und Mark), ausgedehnte Abflachung der Gyri, geringe Tiefe und größere Breite der Sulci, Schwund der grauen Substanz. Häufig ist die letztere zu einem solchen Grad gediehen, daß die Windungen deutliche Einsenkungen zeigen. Auch finden sich Ödeme der Meningen, Auflagerungen auf den Gehirnhäuten, Trübung derselben, Verwachsungen der Pia mit der Gehirnoberfläche, kleinere Hämorrhagien, allgemeine Verdickungen des Schädeldachs, Auswüchse aus den Schädelknochen, Erweiterung der Ventrikel, Hydrocephalus internus und externus, Verdickung und Wucherung des Ependyms der Hirnhöhlen.

Hauptsächlich werden die Gehirnveränderungen in den Stirnlappen der Hemisphären beobachtet und besonders stark in deren vorderen Windungen.

Mikroskopisch fällt in der Hirnrinde auf die Schwellung und spätere Schrumpfung der Ganglienzellen,

die bis zum völligen Untergang derselben führt, wobei vielfach die regelmäßige Schichtung der Hirnrinde fast nicht mehr erkennbar ist, die starke Verringerung der Nervenfasern nach Größe und Zahl (sowohl Radiär- wie Tangentialfasern), die damit verbundene Zunahme der Stützsubstanz, der Neuroglia, das zahlreiche Auftreten der Deitersschen Spinnenzellen, die enorme Vermehrung der Kerne, die Zunahme an größtenteils ausgebuchteten und geschlängelten Gefäßen mit meist verdickten und starren Wandungen.

Auch die Markmassen des Gehirns zeigen meist einen allgemeinen Faserschwund.

Am Rückenmark sind in der großen Mehrzahl der Fälle objektive Veränderungen wahrnehmbar, z. T. Hinterstrang-, z. T. Seitenstrangaffektionen, z. T. gemischte Systemerkrankungen im Sinne der intra vitam nachzuweisenden Reflexänderungen. — Auch an einzelnen peripheren Nerven, Optikus, Peroneus, Ulnaris sind degenerative Veränderungen beobachtet. —

Die Paralyse kommt beim männlichen Geschlechte ungleich viel häufiger vor als beim weiblichen, was wohl darin seine Erklärung findet, daß das männliche Geschlecht den Schädigungen, die als ätiologische Momente zur Entstehung der Krankheit gelten, wesentlich mehr ausgesetzt ist als das weibliche. Noch nach der Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde das Vorkommen der Paralyse bei Frauen überhaupt in Zweifel gezogen.

Aus den Statistiken geht ferner hervor, daß die Verhältniszahlen der Beteiligung beider Geschlechter an der Häufigkeit dieser Krankheit eine stärkere Be-

teiligung der Frauen in den Großstädten gegenüber den kleineren Städten und dem Lande erkennen lassen; wie ja überhaupt die Paralyse in den Großstädten sich verhältnismäßig viel häufiger findet als an Orten, wo nicht so viel soziale Schäden zusammenkommen, als sie das Großstadtleben bietet. So ist auch das Vorkommen der Paralyse bei Frauen gebildeter Stände nicht häufig.

Das Alter der Kranken betreffend ist zu erwähnen, daß die Paralyse eine Krankheit ist, die die Individuen im Alter der Reife befällt.

Die hauptsächlich von dieser Erkrankungsart betroffene Altersklasse reicht von 30 bis 50 Jahren, und in dieser Klasse wieder sind besonders häufig die Kranken im Alter von 35 bis 45 Jahren.

Doch kommt paralytische Seelenstörung auch im höheren Lebensalter vor, ebenso wie in jüngerem; noch jüngst beobachteten wir einen zweifellosen, voll entwickelten Krankheitsfall bei einem achtjährigen Knaben; jedoch sind solche Früh- und Späterkrankungen selten. —

Als Ursache zur Entstehung der Paralyse wurden so ziemlich alle Momente angeführt, die überhaupt als ätiologisch für den Ausbruch von Psychosen angenommen werden. Doch scheint die Heredität hierbei nicht die hervorragende Rolle zu spielen, wie bei manchen andern geistigen Erkrankungen; obgleich die Beobachtungen sich gemehrt haben, die für die Wichtigkeit gewisser psychopathischer Disposition zum Ausbruch der Paralyse sprechen.

Vor allem kommen ätiologisch alle die Verhält-

nisse in Betracht, die lange Zeit schädigend und schwächend auf Körper und Geist einwirken, die ihn widerstandsloser machen.

Frühere psychopathische Anlage, Ausschweifungen jeder Art, Überarbeitung in geistiger und körperlicher Beziehung, Sorgen, Kummer und Not, vor allem mißliche soziale Verhältnisse überhaupt werden als solche Ursachen genannt.

Doch von noch größerer Wichtigkeit, und wohl von allen Irrenärzten als Krankheitsursachen angenommen sind Traumen, Alkohol und Lues.

Es wird nicht zu selten beobachtet, daß bei vorher gesunden Personen im Anschluß an Verletzungen, und zwar besonders an schwere Kopfverletzungen, sich die Paralyse in ihrem progressiven Verlaufe anschließt. In solchen Fällen ist daran zu denken, daß eine solche Verletzung die latente Krankheit offenbar macht. Doch scheint auch eine primäre Nervenverletzung möglich zu sein, an die sich dann nach längerer Zeit erst die Krankheit anschließt.

Auch der Alkohol ist sicher, als ein Gift, das wie den ganzen Körper, so besonders das Nervensystem schwach und widerstandsunfähig macht, nicht selten mit eine Ursache zu dieser Erkrankung; und bei einem großen Teil der Paralytiker lassen sich oft wiederholte Alkoholexzesse oder chronischer Alkoholismus mit Sicherheit durch die anamnestischen Angaben der Angehörigen und die körperlichen Zeichen dieser Vergiftung nachweisen. Indessen sind in vielen Fällen die Alkoholexzesse nicht die Ursache, sondern ein Frühzeichen der schon bestehenden schweren Erkran-

kung, die ja die ganze psychische Persönlichkeit völlig umwandelt.

Die wesentlichste Rolle spielt die Lues in der Ätiologie dieser Erkrankung. Es ist hier ein ähnliches Verhältnis wie bei der verwandten Nervenerkrankung, der Tabes dorsalis, zu bemerken.

Beide Krankheiten oder die den Krankheiten zugrunde liegenden Prozesse sind sicher nicht syphilitischer Natur, d. h. nicht spezifisch syphilitische Prozesse; sonst müßten ja alle derartigen Krankheiten auf diese eine Ursache zurückgeführt werden können, müßten die Krankheiten selbst, in der Mehrzahl mindestens, einer spezifischen Behandlung weichen.

Aber die Syphilis muß zu ihrer Entstehung eine wesentliche Rolle spielen; denn wenn auch in den meisten Fällen von Lues die Gehirnerweichung als Folgekrankheit glücklicherweise nicht eintritt, so ist doch unter der Zahl der Paralytiker, gerade so wie unter der Zahl der Tabiker, die Menge derer, die an Syphilis litten, so ungewöhnlich groß, daß unwillkürlich an einen ätiologischen Zusammenhang gedacht werden muß, der vielleicht in der Schwächung der Konstitution durch das Luesgift liegt („Metasyphilitische Erkrankung"). Und sicher ist die Zahl der Paralytiker, die an Lues erkrankt waren, viel größer, als jede, auch die genaueste und sorgfältigste Statistik bringen kann; das liegt bei der Lage der Verhältnisse bei genauerer Betrachtung auf der Hand. Bewiesen wird dies auch dadurch, daß bei der Serodiagnostik der Lumbalflüssigkeit die spezifische Syphilisreaktion bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl auch von den Fällen positiv ausfällt, bei

denen weder durch genauste Untersuchung noch Anamnese irgend ein Anhalt für das Vorliegen syphilitischer Infektion sich ergab. — Es ist nach dem jetzigen Stand der Forschung anzugeben, daß im allgemeinen die Lues als der krankheitserregende Faktor der Paralyse anzusprechen ist, daß aber immerhin eine Reihe von Krankheitsfällen beobachtet wurde, die klinisch, anatomisch und im Verlauf von der durch Syphilis erregten Paralyse bisher nicht unterscheidbar sind.

Darum darf auch niemals bei der Aufnahme der Anamnese die Frage nach Syphilis (Schanker, Ausschlag, „böse Krankheit") resp. der Folgen, wie Aborte und Frühgeburten etc., vergessen werden, ebenso wie bei der körperlichen Untersuchung nach Zeichen dieser Krankheit gefahndet werden muß, wie Narben am Penis, Drüsenschwellungen, Haarausfall, Knochenauftreibungen, Leukoderm etc. —

Die paralytische Seelenstörung wird charakterisiert durch Abnormitäten des Seelenlebens, die mit körperlichen Störungen einhergehen.

Die frühzeitige Erkennung dieser Erkrankung ist von hervorragender Bedeutung, weniger weil dem Kranken geholfen werden könnte, als wegen der sozialen Notwendigkeit des Schutzes der Angehörigen. Bei jeder psychischen Erkrankung oder Änderung im vollen Mannesalter muß an diese Erkrankung gedacht und nach den körperlichen Erkrankungszeichen geforscht werden, also vor allem nach tabischen Symptomen. Es seien darum hier die hauptsächlichsten Frühsymptome der Paralyse kurz zusammengefaßt. Psychisch sind oft hypochondrische, neurasthenische

oder melancholische Vorstellungen oder ein gewisses exaltiertes Wesen mit Vielgeschäftigkeit die frühsten Anzeichen. Auch kommen gelegentlich Sinnestäuschungen oder unklare Wahnvorstellungen, Tobsuchtsanfälle oder von vornherein Intelligenzänderung als Frühzeichen zur Beobachtung. Finden wir hierbei körperliche Zeichen, wie Sehnervenatrophie, Pupillenstarre, Fehlen des Kniephänomens, gelegentlich auch Anfallszustände, Sprachstörung und Augenmuskellähmungen, dann ist ungesäumt das Entmündigungsverfahren einzuleiten, der Kranke einer Anstalt zu übergeben, um unverbesserlichem Schaden Einhalt zu tun. —

Bald fallen die körperlichen Krankheitserscheinungen zuerst auf, bald die psychische Störung. Die der Krankheit Verfallenen lassen oft einen auffallenden Wechsel in ihrer Stimmung und in ihrem Charakter erkennen. Sonst solide Leute werden exzentrisch, ausschweifend, machen Ausgaben, die ihre Verhältnisse übersteigen, unternehmen unüberlegte und aussichtslose Geschäfte, begehen Verstöße gegen Anstand und Sitte, besonders auch in sexueller Beziehung, sie werden reizbar, mürrisch, leicht aufbrausend und ausfallend. Oder aber sie werden auffallend heiter und fröhlich gestimmt in unbegründeter Weise. Vielfach zeigen Paralytiker im Frühstadium ihrer Krankheit ein absonderliches Benehmen, ihre ganzen Charaktereigenschaften erscheinen umgestimmt. Auch schon in diesem Stadium, in dem zumeist Gemütsstimmung, Triebleben und Charakter sich verändert zeigt, finden wir nicht selten Intelligenzdefekte. Die Kranken können die ihnen gestellten Aufgaben, die sie früher zum Teil

fast mechanisch lösten (Aktenerledigung, Berechnungen, Bücherführung etc.), nicht mehr ausführen, sie sind unfähig, einem Gegenstand dauernde Aufmerksamkeit zu widmen. Häufig entgeht den Kranken selbst dieser Defekt; sie bemerken ihre verminderte Leistungsfähigkeit nicht.

Doch oft liegt auf den schon Erkrankten wie ein Druck das Gefühl einer schweren, sie bedrohenden geistigen Erkrankung. „Ich fürchte, ich werde verrückt," sagt mancher Paralytiker im Frühstadium der Krankheit.

Es ist dies zum Teil wohl bedingt durch die beginnenden körperlichen Störungen. Der Schlaf ist fast stets schlecht, oft durch unruhige und quälende Träume gestört. Es stellen sich ständige, aufs höchste peinigende Kopfschmerzen ein, die als furchtbarer Druck besonders in der Stirngegend bezeichnet werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit, auch in sexueller Beziehung, läßt nach, wenn auch öfters ein stark erhöhter Geschlechtstrieb, der sich in allerhand unsittlichen Handlungen offenbart, bemerkt wird.

Es treten Schwindelanfälle, Zittern, Gefühl der Unsicherheit auf; die Schrift — ein vielfach bemerktes Frühsymptom — verändert sich, wird zittrig und verliert ihren Charakter. Der Schreibende läßt Buchstaben und Worte aus, verliert den logischen Faden etc. Auch wird nicht zu selten Sehnervenatrophie als Frühzeichen der Paralyse beobachtet.

Auf allen Gebieten, körperlichen wie geistigen, tritt bald die allgemeine Schwäche zutage. Und diese Schwäche in jeder Beziehung ist das Hauptzeichen der vollentwickelten Krankheit.

In psychischer Beziehung tritt der mehr oder minder starke Intelligenzdefekt zutage. Stets sind die Kranken zu längerem Anspannen der Aufmerksamkeit durch schnell eintretendes Ermüden unfähig. Die Kranken sind häufig, auch bei anscheinend geordnetem Verhalten, über Zeit und Ort, ihre ganze Lage unorientiert (besonders im Stadium des vollendeten Blödsinns), sie stehen allem, was um sie herum oder mit ihnen selbst vorgeht, teilnahmslos, ohne Interesse und Verständnis gegenüber; das Bewußtsein ist dann stark getrübt. In weniger weit entwickelten Fällen sind die Kranken über einfache Verhältnisse wohl orientiert, wissen wohl die Namen der Kaiser, Daten aus deren Leben und der Geschichte zu nennen, haben sich noch geographische Kenntnisse und dergleichen erhalten; doch tritt dann schon bei ganz einfachen Fragen, die eine geistige Verarbeitung und Schlußbildung erfordern, wie Rechenaufgaben, die der Kranke sonst allem Ermessen nach hätte lösen können, der Intelligenzdefekt ans Licht. Vielfach zeigt sich das Gedächtnis für die fernere Vergangenheit noch leidlich treu, während kurz vorher erlebte Verhältnisse völlig aus dem Gedächtnis entschwunden sind. Bemerkenswert ist, daß angelernte Gedanken- und Vorstellungsreihen (z. B. Monatsnamen) beim Paralytiker oft verschwinden, während sie der senil Demente auffallend lange behält.

In anderen Fällen, namentlich in besseren Ständen, wird die Schwächung der Denkkraft erst evident durch die Vergleichung mit dem, was der Betreffende früher in geistiger Beziehung geleistet hatte.

Aus dieser Schwäche der Intelligenz entspringen

vielfach die bei vielen Paralytikern auftretenden Wahnideen. Diese zeichnen sich oft durch die alles übertreffende Kritiklosigkeit aus, mit der sie geäußert werden.

Mit vollem Recht ist der Ausspruch getan: Die Wahnideen der Paranoiker grenzen ans Unendliche, die der Paralytiker gehen über das Unendliche hinaus (jedoch durchaus nicht in allen Fällen).

Der Paranoiker sucht den Zweifelnden durch alle möglichen logischen Gründe von der Wahrheit der ihn beherrschenden Wahnidee zu überzeugen; er sucht zu beweisen und hat sich dazu sein System zurechtgelegt. Der Paralytiker dagegen äußert seine ausschweifenden Ideen ohne jeden beweisenden Rückhalt, ohne jeden logischen, konsequent festgehaltenen Gedanken, vielfach auch affektlos und gleichgültig, ähnlich wie der an Dementia paranoides leidende.

Während der Paranoiker seinen Wahn fixiert hat, ihn in stets gleichem Inhalt und häufig sogar mit stets denselben Worten wiederholt, äußert der Paralytiker bald diese, bald jene Wahnvorstellung. Zumeist findet man allerdings Größenwahn und entsprechend diesen Vorstellungen euphorische Stimmung. Trotz seines oft jämmerlichen körperlichen Zustandes fühlt sich der Kranke doch völlig wohl, zufrieden, glaubt sich im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte. Doch durch eine geringe Kleinigkeit schlägt die Stimmung häufig unvermittelt ins Gegenteil um. Doch ist hier zu betonen, daß eine ganze Reihe Krankheitsfälle verlaufen, ohne daß je Wahnvorstellungen geäußert werden. —

Dem klinischen Bild nach unterscheiden wir mehrere Krankheitsgruppen, die allerdings nicht scharf von einander getrennt, mannigfach Übergänge aufweisen. Gewisse Fälle zeigen von vornherein besonders die Schwäche der Intelligenz. Diese speziell dementen Formen scheinen in der Neuzeit öfters beobachtet zu werden.

In anderen Fällen herrscht die depressive Stimmung in Gestalt melancholischer und hypochondrischer Vorstellungen, sowie von Angstanfällen vor.

In den Krankheitsfällen mit expansiver Störung treten vor allem die ungeheuerlichen, schwachsinnigen Größenvorstellungen hervor. Diese Kranken sind vielfach durch Suggestion zu ständig wechselnden Vorstellungen zu bringen. Durch häufiges, auch spontanes Wechseln der Stimmung erinnern manche dieser Kranken entfernt an solche mit zirkulärer Geistesstörung.

Wieder in einer andern Gruppe sehen wir besonders das Bild der Erregung vorherrschen (agitierte Form). Manche derartige Krankheitsfälle enden außerordentlich rasch tötlich.

Dem äußern Gebahren nach unterscheiden wir im allgemeinen Kranke von stupidem und agitiertem Benehmen. Im Äußern bieten viele Paralytiker das Bild von Maniakalischen, andre das von Melancholikern oder Hypochondern, oft so sehr, daß bloß der Nachweis der körperlichen Störungen die Diagnose der Paralyse entscheidet, wenn nicht die Wahnideen durch ihre Ungeheuerlichkeit (Megalomanie und Mikromanie) direkt ihren paralytischen Ursprung anzeigen.

Öfters treten im Anschluß an die Wahnvorstel-

lungen oder als deren Erreger auch bei Paralytikern Sinnestäuschungen auf. Doch muß gerade hier, bevor man Halluzinationen annimmt, genau erwogen werden, ob der Kranke nicht lebhafte Träume, oder auch früher Geschautes, oder aber wirklich Geschautes, nur falsch Aufgefaßtes — also Illusionen — erzählt, oder gar frei Erfundenes. Denn häufig füllt der Kranke die Lücken in seiner Erinnerung durch fabulierendes, inhaltlich häufig wechselndes Erzählen aus. —

In den weiter ausgebildeten Fällen der Erkrankung sehen wir das Bild des höchsten Blödsinns. Jede Spur von Intelligenz erscheint erloschen, das ganze Interesse des Kranken richtet sich höchstens auf Essen und Trinken, auf leibliche Genüsse.

In den Fällen des stumpfen Blödsinns sitzen oder liegen die Kranken bewegungslos, oft ohne einen Trieb zu äußern, und lassen ihre Ausscheidungen unter sich, ohne auch davon ein Gefühl zu haben. Die erregt Blödsinnigen rennen zwecklos umher, singen, schreien, tanzen; oder auch sie wiederholen gelegentlich in stereotyper Weise dieselben Wortbilder, führen automatenhaft stundenlang dieselben Bewegungen aus.

Außer diesen Zeichen psychischer Schwäche gehören zum Bild der Paralyse noch die körperlichen Lähmungserscheinungen als Ausdruck der destruktiven Prozesse im Zentralnervensystem.

Als wichtiges Symptom der körperlichen Lähmungserscheinungen sei zuerst die Sprachstörung erwähnt, die deutlich entwickelt schon allein die Diagnose der Paralyse beweist.

Wir kennen bei paralytischen Kranken verschie-

dene Arten, in denen die Sprache gestört sein kann, alle Arten der aphatischen und die artikulatorische Störung. Vornehmlich diese letztere ist von Interesse.

Die paralytische Sprachstörung wird durch Verlangsamung der Sprache, nasalen Beiklang, vor allem aber durch Verschleifen der Silben, durch Silbenstolpern, Versetzung von Silben und Buchstaben charakterisiert. Ist die Sprachstörung noch wenig entwickelt, bei der Paralysis incipiens, so bemerkt man in der Unterhaltung oft gar keine, oft nur eine geringe Störung in zeitweise auftretendem „Häsitieren", dem Hängenbleiben auf Silben, und auch vielleicht Verschleifen derselben. Läßt man dann Paradigmata wie „Dampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft, dritte reitende Garde-Artillerie-Brigade, drittes Unter-Elsässisches Infanterie-Regiment, Elektrizität, Individualität, Postbriefkasten, Trachtenkarten, Flanellappen" aussprechen, wird man in vielen Fällen die motorische Störung der Sprache deutlicher erkennen können, abgesehen davon, daß die geringe Intelligenz den Kranken das ihm vorgesprochne Wort schon wieder hat vergessen lassen, was natürlich für die Beurteilung des psychischen Bildes von größter Wichtigkeit ist.

Von den geringsten Graden der motorischen Sprachstörung findet sich eine ununterbrochen fortlaufende Kette von Formen bis zu den höchst ausgebildeten, in denen jegliche Verständigung mit den Kranken durch die völlig unverständlichen Wortbilder, die oft an aphatische und paraphatische erinnern, unmöglich ist.

Als sehr wichtige Lähmungserscheinungen kennen

wir ferner die Störungen in der Innervation der Pupillen. Nur in wenig Fällen ausgebildeter Paralyse vermißt man diese Störungen, dagegen sind solche oft schon Frühsymptome der Erkrankung.

Die Pupillen sind häufig different, oft sogar in hohem Grade, oder es ist ungleiche Kontraktion der Pupille, exzentrische Stellung derselben zu bemerken.

Niemals darf die Prüfung auf Reaktionsfähigkeit der Pupillen unterlassen werden. Vielfach wird dabei Starrheit der Pupillen oder geringe und träge Reaktion derselben auf Lichteinfall, seltener auf Akkommodation beobachtet. Bei nicht ganz ruhigen oder bei ängstlichen Kranken kann man die Prüfung auf Reaktion bei Lichteinfall einfach so ausführen, daß man den Kranken aus dem dunkeln Hintergrund des Zimmers an das Fenster heranführt und dabei beobachtet, ob bei der nun helleren Belichtung eine Pupillenverengerung stattgefunden hat.

Die Augenmuskeln zeigen öfters Schwäche oder andre Störungen der Innervation; auch sind Störungen im Fazialisgebiet nicht selten, namentlich im Anschluß an paralytische Anfälle, zu beobachten. Die Zunge zittert oft und weicht beim Herausstrecken ab; auch Schluckstörungen kommen besonders gegen das Ende der Krankheit vor. — Die Prüfung der Patellarreflexe ergibt kein für die Paralyse konstantes Verhalten. Die Reflexe können sowohl normal wie gesteigert und herabgesetzt sein, oder ganz fehlen. Und öfters sind hierbei Verschiedenheiten auf beiden Seiten bei der Auslösung der Reflexe wahrzunehmen. Ein- oder doppelseitiges Fehlen des Kniephänomens spricht

als tabisches Symptom für Paralyse. Die Konstatierung einer Hinter- und Seitenstrangaffektion des Rückenmarks wird also bei der verhältnismäßig großen Häufigkeit der Rückenmarksaffektionen bei Paralyse in zweifelhaften Fällen für die Diagnose der Paralyse entscheidend in die Wagschale fallen (Tabo- bezgl. spastische Paralyse).

Bei vielen Paralytikern sind Parästhesien, sowie Hyp- und Anästhesien, ebenso Störungen der Schmerzempfindlichkeit bis zur völligen Analgesie zu bemerken.

In den vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung treten dazu noch weitere Zeichen körperlicher Lähmungen. Ziemlich häufig findet sich Blasenschwäche (Urinträufeln); die Kranken lassen ferner, ohne es zu merken, oder ohne die Entleerung verhindern zu können, Kot und Urin unter sich, sind in jeder Beziehung unreinlich. Es tritt öfters allgemeiner Tremor auf, der sich manchmal bei intendierten Bewegungen noch verstärkt; ferner Ataxie, Unfähigkeit, richtig zu gehen und zu stehen, Rombergsches Phänomen, sowie andre Zeichen körperlicher Lähmung. Auch die Schrift ist meist deutlich in formaler und inhaltlicher Hinsicht verändert. Zittrige, ausfahrende, oft unlesbare Buchstaben, Auslassen von Buchstaben und Silben, Versetzen derselben charakterisieren die Schrift, ähnlich wie die Sprache. Inhaltlich fällt der geringe, dem geschwächten Geisteszustand entsprechende Gedankeninhalt auf, wenn überhaupt noch irgend ein Gedankenzusammenhang gefunden werden kann. Die blühenden, schwachsinnigen Größenideen der Paralytiker sind oft in ihren schriftlichen Ergüssen am deutlichsten feststellbar. —

Im Verlauf der Paralyse werden in allen Stadien der Krankheit, am häufigsten aber im letzten, Anfälle zerebralen Ursprungs beobachtet, oft gehäuft. Diese Anfälle sind meist epileptiformer Natur, aber von durchaus verschiedener Stärke: es werden ebenso Anfälle von petit mal, von augenblicklicher Abwesenheit, sei es mit oder ohne Zuckungen z. B. in der Mund- und Augenmuskulatur beobachtet, wie solche schwerster Art mit tiefer Bewußtlosigkeit, allgemeinen starken Krämpfen der Körpermuskulatur, mit Zungenbiß und Durchnässung. Vielfach tritt dabei Fieber auf.

Anderenteils werden auch apoplektiforme Anfälle beobachtet, mit darauffolgender Lähmung oder Schwäche einer Körperhälfte, auch mit aphatischen und paraphatischen Störungen. Dann kommen (halbseitige) Anfälle vor, die an die bei Rindenepilepsie vorkommenden erinnern. Ferner sehen wir rhythmisches Zähneknirschen als zentral bedingte Reizerscheinung.

Apoplektiforme Anfälle werden oft schon im Beginn der Paralyse beobachtet; sie charakterisieren sich vielfach durch den unerwartet schnellen Rückgang der Lähmungserscheinungen bei den oft noch im kräftigsten Alter stehenden Kranken. Solche schnell zurückgehenden Lähmungen sind deshalb stets suspekt auf die schwere organische Grundlage einer noch latenten Paralyse, die sich dann eventuell bei genauer neurologischer Untersuchung (Pupillenstarre!) leicht feststellen läßt.

Bei der größten Mehrzahl der Paralytiker werden Kopfschmerzen, die sich teilweise bis zum Unerträglichen steigern, beobachtet. — Auch die ganze Körper-

konstitution leidet bei der paralytischen Seelenstörung, die Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen äußere Schädlichkeiten scheint geringer geworden zu sein. Gegen Lebensende stellt sich hochgradigste Atrophie, Marasmus, ein. Sehr zu fürchten sind Dekubitus und Phlegmonen, denen ohne entsprechende Pflege ein großer Teil der Paralytiker erliegt und namentlich in früherer Zeit erlegen ist. Ferner scheinen Phthise und Pneumonie bei dem widerstandslosen Körper der Paralytiker eine noch verderblichere Rolle zu spielen als bei Geistesgesunden. Für die Schwächung der Körpergewebe spricht auch das oft durch rücksichtsloses Wüten, teils aber auch gelegentlich durch mangelhafte Pflege entstandene Auftreten von Rippenbrüchen, Ohrblutgeschwülsten und sog. Spontanfrakturen.

Die Dementia paralytica wird klinisch auch als progressive Paralyse der Irren bezeichnet; denn progressiv ist ihr Verlauf und ihre Prognose absolut schlecht. Die in früherer Zeit berichteten „Heilungen“ von Paralysen können strenger Kritik nicht standhalten.

Die Paralyse führt unaufhaltsam, bald langsam, bald rascher zum sichern Ende. Mag der Kranke nun im apoplektiformen Anfall sterben, mag er durch Selbstmord im Zwang einer auftauchenden Wahnidee enden, mag eine hinzukommende akute Krankheit das Ende beschleunigen, das sonst durch die allgemeine Entkräftung und Herzschwäche bedingt ist: der Tod ist der sichere Ausgang der Krankheit. Der Zeitraum kann allerdings manchmal durch sogenannte große Remissionen, die auch das zeitweise Zurücktreten der Kranken in ihre Familien und Berufsgeschäfte er-

möglichen, wesentlich verlängert werden; aber der Ausgang bleibt immer derselbe.

Die Dauer der Paralyse ist durchschnittlich 2 bis 3 Jahre. Doch in manchen Fällen führt die Erkrankung in viel kürzerer Zeit, in ein paar Monaten schon zum Tode; während andre Fälle 5 oder mehr Jahre andauern. Und selbst diese Frist kann durch die vorher erwähnten Remissionen noch hinausgeschoben werden. —

Bei der Stellung der Diagnose auf paralytische Seelenstörung muß folgender Symptomenkomplex vorhanden sein.

1) In psychischer Beziehung: Schwäche der Intelligenz, die sich in allen Gebieten ausspricht, als Unorientiertheit, Mangel an Aufmerksamkeit, Schwäche der Erinnerung, der logischen Denkfähigkeit, des Charakters, des Trieblebens. Durch den Wegfall von Hemmungen kommen die teilweise ungeheuerlichen Wahnideen der Paralytiker, sowie ihre absonderlichen Handlungen zustande, die mit dem früheren Charakter des Kranken im krassesten Widerspruch stehen können.

2) In körperlicher Beziehung Lähmungs- und Schwächeerscheinungen, speziell die bekannten Zeichen der Tabes. Die Sprachstörung ist zur sichern Diagnose unerläßlich und beweisend. Ferner pathologische Erscheinungen an den Pupillen, bestehend in Differenz derselben mit träger Reaktion oder völliger Starrheit. (Pupillendifferenz ohne Reaktionsänderung ist durchaus nicht beweisend für organische zerebrale Veränderungen, kommt auch bei Neurasthenikern, „Nervösen“, bei äußern und innern lokalen Augenveränderungen vor.) Sehr häufig pathologische Erscheinungen der Reflexerreg-

barkeit. Ataxie (besonders auch beim Schreiben auffallend), Schwäche beim Gehen und Stehen, Rombergsches Phänomen, also Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Differentialdiagnostisch kommen vorerst in Betracht die funktionellen Psychosen. Diese verlaufen ohne die körperlichen Lähmungserscheinungen der Paralyse, speziell ohne paralytische Sprachstörung und die tabischen Erscheinungen, und auch ohne die eigenartige psychische Schwäche, die sich in den groben oder geringeren Intelligenzdefekten und in der Absonderlichkeit der Wahnideen (gegen Paranoia!) zu erkennen gibt. Differentialdiagnostisch ist der Nachweis der nicht geschwächten Intelligenz ein Hinweis auf eine funktionelle Psychose, wenn sich eine Tabes, wo also Lähmungserscheinungen vorliegen, mit einer Psychose kompliziert (sehr seltener, in der Praxis kaum zu berücksichtigender Fall!). Doch ist in diesem Falle auch die Sprachstörung nicht nachweisbar.

Die Differentialdiagnose gegen den Altersblödsinn, wo ja auch Schwäche der Intelligenz, verbunden mit allerdings leichteren Lähmungssymptomen vorliegt, wird außer durch die klinische Eigenart der beiden Krankheitsbilder besonders durch das Alter der Kranken bestimmt. Die Paralyse ist eine Erkrankung der Jahre der reifen Kraft, während die senile Demenz im allgemeinen erst nach dem 55. Lebensjahre auftritt. (Es werden indessen nach dem 55. Lebensjahre noch echte, sogen. Spätparalysen beobachtet).

Schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegen epileptische Demenz, sowie vor allem gegen ein pro-

trahiertes Delirium potatorum. Hier, wie auch in den Fällen von Pseudoparalyse nach Lues-, Alkohol-, Blei-, Morphium-, Kokainvergiftung entscheidet der progressive Verlauf der Erkrankung, während sonst ein Stillstand und unter der entsprechenden Behandlung ein Rückgang und endliches Verschwinden der Krankheitszeichen bemerkt wird.

Erleichtert wird die Differentialdiagnose, namentlich bei einer Neuaufnahme mit mangelnder Anamnese, wo es sich um die Entscheidung handeln kann, ob ein paralytischer Anfallszustand, ein apoplektischer oder schwerer epileptischer oder alkoholistischer Zustand vorliegt, durch die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit. Es hat sich durch große Untersuchungsreihen bestätigt, daß in der Lumbalflüssigkeit Paralytischer (und früher Syphilitischer) die Zahl der Zellbestandteile und die Menge des Eiweißes erhöht ist. Normalerweise sind in der Lumbalflüssigkeit im cmm 0—4 Lymphozyten feststellbar, bei Paralyse 20—60. Die Zählmethoden ergeben erhebliche Verschiedenheiten. Ich verzichte auf Zentrifugierung der Flüssigkeit, messe $^1/_2$ cmm in der bekannten Pipette zur Zählung der Blutkörperchen ab, lasse diese Flüssigkeit auf einem Deckgläschen lufttrocken werden, fixiere dann in Ätheralkohol und färbe in Ehrlichs Triacidgemenge. Dann werden die sämtlichen vorhandenen Zellen dadurch gezählt, daß ich das Deckgläschen auf einem in feine Quadrate geteilten Objektträger lege und mittelst beweglichen Objekttisches vor dem Objektiv verschiebe. Die bei anderen Zählarten unvermeidlichen wesentlichen Differenzen (bei Zentrifugierung) glaube ich hierdurch ver-

mieden zu haben. Die Gravierung von Objektträgern kann jeder Mechaniker und Optiker ausführen, da es gar nicht auf genau gleichmäßige Größe der Quadrate ankommt, im Gegenteil eine gewisse Verschiedenheit der Größen eine gewisse optische Erinnerungshilfe für das Auszählen ergibt. — Die spezifische Serodiagnostik nach Wassermann-Plaut hat bis jetzt infolge Umständlichkeit und Schwierigkeit ihrer Methodik eine weitere Verbreitung nicht finden können. —

Die Therapie hat sich bei Paralytikern auf die Verhütung und Heilung von körperlichen Krankheiten, Dekubitus usw. zu beschränken. Dies letztere wird unter anderem besonders durch das von v. Gudden eingeführte häufige Herumlegen der Kranken bewirkt. Ist aber die Annahme vorhanden, daß es sich um eine syphilitische Pseudoparalyse handelt, so ist ungesäumt die spezifische Behandlung nach den für die verursachende Krankheit bekannten Regeln zu unternehmen (Schmierkur, Jodkalium etc.).

Jedoch das für den praktischen Arzt wichtigste, was nochmals wiederholt sei, ist die frühzeitige Erkennung der Krankheit, um die Familie vor schwerem Schaden durch den sinnlosen Unternehmungstrieb, die Verschwendungssucht und häufig genug die völlige moralische Depravation des Charakters zu bewahren.

---

3) Epileptische und hysterische Psychosen.

Der akuten Verwirrtheit, der Manie und dem Stupor ähneln vielfach die Psychosen mit Epilepsie und Hysterie, und zwar so sehr, daß oft nur der

Nachweis der komplizierenden Neurose die Diagnose und Zugehörigkeit des Falles zu dieser Klasse der geistigen Erkrankungen entscheidet, nebst einer Reihe psychologischer Eigentümlichkeiten, die die Entstehung der Psychose auf dem Boden der Neurose erweisen. Selbst akzidentelle Erkrankungen an funktionellen Psychosen bei diesen Arten von Nervenkranken erhalten oft genug eben durch die latente Neurose einige eigenartige, sie von den gewöhnlichen Fällen heraushebende Züge.

Schon die nicht den Irrenarzt speziell angehenden Fälle von Epilepsie und Hysterie zeigen eine solche Fülle krankhafter und von andern psychischen Krankheiten her bekannter Züge des Seelenlebens; der Charakter, die ganze seelische Persönlichkeit zeigt so tiefgreifende Änderungen, daß schon die schwerere Hysterie z. B. als Neuropsychose aufgefaßt werden muß.

Bei keiner Exploration auf den psychischen Zustand darf die genaue Ausforschung nach Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, nach unwillkürlichem Urin- und Kotabgang, Zungenbissen, plötzlichen Verletzungen durch Umfallen fehlen, nach deren Häufigkeit, Stärke, Auftreten, mit oder nach psychischen Erregungen, Verhältnis zu allen auf das Geschlechtsleben bezüglichen Vorgängen etc. Gerade auf die genauere Ausforschung über Schwindelanfälle ist ein großer Fleiß zu verwenden; denn Schwindelanfälle, die als „petit mal“ auftreten, geben z. B. einen Verdacht auf das Vorliegen einer epileptischen Erkrankung.

Epileptische Psychosen.

Epileptische Anfälle und Zustände kommen bei einer Reihe schwerer zerebraler Erkrankungen vor, sind oft genug direkt Symptome einer ernsten Gehirnerkrankung, wie vor allem Tumorbildung, Hydrocephalus, oder Zeichen reflektorischer Reizung, z. B. durch Knochenstückchen nach Schädelbruch u. a. Daneben gibt es die weit verbreitete, häufige Erkrankung, bei der epileptische Zustände als wesentliches und hauptsächliches Zeichen sich finden, ohne daß genaueste Untersuchung irgend Zeichen lokaler Gehirnerkrankung oder körperlicher Leiden, die sich gelegentlich in Krampfanfällen anzeigen (z. B. Urämie) nachweisen kann. Auch diese epileptische Erkrankung muß als schwere Allgemeinerkrankung des Gehirns aufgefaßt werden; sie führt oft genug zu Blödsinn und auch anatomisch sind bei epileptischer Demenz Befunde erhoben, die diese Auffassung stützen, in Schwund von Assoziationsfasern und starker Gliawucherung bestehend. Diese Form der Epilepsie, bei der keine Lokal- oder andre Allgemeinerkrankung nachweisbar ist, wird zum Gegensatz zu der symptomatischen und Reflexepilepsie als genuine bezeichnet. — Es besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß die genuine Epilepsie auf einer Autointoxikation vorläufig noch unbekannten Charakters beruht; ein gewisser Hinweis darauf ist u. a. auch in den oft auffallenden Besserungen zu sehen, die eine Regelung der oft stockenden Darmtätigkeit bewirkt. —

Ätiologisch ist zu bemerken, daß auch hier ein

hervorragender Einfluß erblicher Belastung sich bemerkbar macht. Vielfach ist die gleichartige Vererbung auffallend, so daß es geradezu Epileptikerfamilien gibt. Bekannt ist ferner, daß vielfach auf Alkoholismus der Vorfahren Epilepsie der Nachkommen folgt. Auch bei Lues der Eltern wird häufig epileptische Nachkommenschaft beobachtet. — Vielfach bestehen bei späteren Epileptikern schon schwere Zahnkrämpfe oder Krämpfe bei Verdauungsstörungen in der Kindheit, also eine offenbare Neigung zu konvulsivischen Zuständen. Auch chronische Vergiftung (z. B. Blei und Quecksilber) verursachen nicht selten Epilepsie. Ebenso ist die epilepsieerzeugende Wirkung von Traumen, speziell von Kopfverletzungen zweifellos, wenn auch hierbei in der Begutachtung Vorsicht walten muß, um nicht Ursache und Folge zu verwechseln, indem nicht selten durch den Bewußtlosigkeitsanfall der Betreffende sich eine Verletzung zuzieht, die dann als Ursache der später zahlreicher auftretenden Anfälle angeschuldigt wird. — Das erste Auftreten der Anfallszustände wird vielfach schon in früher Kindheit und in den ersten Schuljahren beobachtet, öfters auch mit dem Auftreten der 1. Menstruation oder überhaupt in der Pubertätszeit. Für die Entstehung epileptischer Erkrankung in späterer Zeit ist ungewöhnlich oft chronischer Alkoholmißbrauch verantwortlich zu machen. In späterem Lebensalter auftretende Epilepsie ist seltener und erweckt stets den Verdacht einer zugrunde liegenden organischen Gehirnerkrankung.

Bekannt genug ist die verderbliche Einwirkung, die von der Epilepsie auf den Seelenzustand ausgeübt

wird. Namentlich jene Fälle von Fallsucht, bei denen die Erkrankung schon in der Kindheit auftrat, gehen einer unaufhaltsamen Verblödung entgegen, zumal wenn die Anfälle gehäuft auftreten. Auch wird vielfach eine Charakterveränderung bemerkt, die Kranken kommen moralisch herab, begehen nicht selten sexuelle Delikte. Ein nicht geringer Teil der gewohnheitsmäßigen Vagabunden, von Bewohnern von Besserungs- und Arbeitsanstalten sind derartige, durch Epilepsie in ihrer Intelligenz und ihrem Charakter geschädigte Kranke. —

Schon beim gewöhnlichen epileptischen Anfall des sonst Geistesgesunden beobachten wir eine Reihe uns von andern Geisteskrankheiten her bekannter Züge. Der epileptische Anfall wird vielfach eingeleitet durch gewisse Sensationen, z. B. Gefühl von Angeblasenwerden (= Aura), Flimmern vor den Augen, Rotsehen, Schwindelerscheinungen u. a., die ebenfalls in ihrer Gesamtheit als Aura bezeichnet werden. Die Aura epileptica ist wohl als eine Trugwahrnehmung des Allgemeingefühls aufzufassen.

Der vollentwickelte Anfall setzt dann meist mit einem durchdringenden, grellen Aufschrei (cri epilept.) ein, mit dem das Bewußtsein plötzlich erlischt und wobei der Kranke zusammenbricht. Hierbei treten nicht selten Verletzungen auf. Kranke mit vorhergehender Aura vermeiden diese Zufälle dadurch, daß sie sich gewöhnlich, durch die Auraempfindungen auf den kommenden Anfall vorbereitet, hinlegen. Es tritt dann für kurze Zeit ein tonischer Streckkrampf ein, wobei die Gesichtsfarbe blaß oder (durch Apnoe) blaucyanotisch ist mit oft verengerten und lichtstarren

Pupillen bei tiefster Bewußtlosigkeit. Danach treten wilde, elementare klonische Zuckungen, die eigentlichen „Krämpfe“ auf, die die ganze Körpermuskulatur oder auch nur einzelne Teile betreffen können. Durch die Zuckungen der Kaumuskeln und Zunge entstehen in dieser Periode die Verletzungen der Zunge und Mundschleimhaut, die wir an blutigem Schaum erkennen. Die Gesichtsfarbe ist dabei gewöhnlich tiefblau, die Pupillen maximal erweitert und ebenfalls völlig lichtstarr. Danach liegen die Kranken regungslos da, stertorös atmend, noch in tiefer Bewußtlosigkeit, auf keinen Schmerzreiz reagierend. Der Anfall endet mit einem tiefen Schlaf, in dem anfangs noch Benommenheit und Unbesinnlichkeit, Unorientiertheit besteht, — bei plötzlichem Erwecken, — bis allmählich die normale psychische Verfassung wieder eintritt. Für den Anfall selbst, bei dem ja volle Bewußtlosigkeit bestand, ist volle Amnesie vorhanden; aus den folgenden Kopfschmerzen und der körperlichen und psychischen Abgeschlagenheit merken viele Kranke erst, daß sie einen Anfall (z. B. nächtlichen) gehabt hatten. Während des Anfalls sind naturgemäß die Sehnenreflexe kaum zu prüfen, gegen Ende sind die Kniereflexe noch öfters erloschen, andre Male auch gesteigert oder unverändert. Kot, Samen und vor allem Urin geht häufig bei den starken Krämpfen unwillkürlich ab. Sehr häufig tritt im Urin nach dem Anfall Eiweiß (ohne Formbestandteile) auf, was von differentialdiagnostischer Wichtigkeit ist. — Die Dauer eines solchen Anfalls beträgt nur wenige Minuten.

Außer diesem vollentwickelten „großen“ Anfall

haben Epileptiker noch Anfallszustände, die mehr oder weniger rudimentär sind, einzelne Phasen vermissen lassen bis zu gewissen Arten von Zuständen, bei denen ohne weiteres nicht der Verdacht auf Vorliegen von Epilepsie aufkäme, wenn nicht sie sich häufig mit schwereren Anfällen vergesellschafteten und Übergänge zeigten, und vor allem von denselben psychischen Episoden gefolgt wären. Solche sind die wichtigen Anfälle des sogen. „petit mal", kurzdauernde Zustände umschleierten Bewußtseins, oft in der Unterhaltung, nur Sekunden anhaltend. Gelegentlich tritt dabei Erblassen, vereinzelte leichte isolierte Muskelzuckungen, wie am Mund, Augen, Händen auf. Ferner in noch leichterer Form als epileptischer Schwindel, ebenfalls anfallsartig, „wie angeflogen", und rasch vorübergehend, ohne eigentliche Bewußtseinsstörung, sondern im Gegenteil mit dem Gefühl des Krankhaften; oft genug besteht auch dabei Erblassen, Herzklopfen, Pulsveränderung und Pupillenerweiterung nebst starken Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit. Weitere kurze anfallsartige Zustände sind nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus) bei Kindern, Einnässen auch ohne eigentlichen Krampfanfall, Zustände anfallsartiger Angst.

Alle diese Anfallszustände werden beim geistesgesunden Epileptiker beobachtet, oft in unregelmäßigem Wechsel, oft aber auch in stets gleicher Anfallsform sich wiederholend. Außer diesen motorischen Anfallszuständen treten auch solche, gleich zu wertende im sensiblen und sensorischen Gebiet auf. So sind gelegentlich Formen von Hemicranie zweifellos epileptischer Natur (nur aus der Gesamtanalyse läßt sich

dieser Schluß machen); auch in andern Nervengebieten, Interkostal-, Armnerven, Ischiadikus werden solche Schmerzanfälle beobachtet.

Einen Übergang zu den Fällen veränderten psychischen Zustandes bieten die Fälle mit anfallsartigen Verstimmungen, in denen die Kranken scheu, traurig, oft enorm reizbar, eigenartig verschlossen und zurückhaltend, oft leicht benommen erscheinen, gelegentlich veränderte Gesichtsfarbe und weite Pupillen, sowie verstärkte motorische Reizerscheinungen, Beben der Lider und Lippen, lebhafteres Zittern zeigen. Diese Zustände kommen wesentlich häufiger vor als sie festgestellt werden, weil wegen des geordneten Verhaltens der sich zurückziehenden Kranken eben nichts Auffallendes beobachtet wird, sie auf einfache alltägliche Fragen sinngemäß antworten und doch dabei nicht selten ein umschleiertes Bewußtsein haben, so daß gelegentlich erst aus amnestischen Angaben auf einen derartigen Zustand geschlossen wird. —

Auf dem Boden der Epilepsie werden psychisch abnorme Zustände verschiedener Art beobachtet und zwar im wesentlichen die allgemeine epileptische Degeneration, ferner die spezifischen transitorischen Bewußtseinsstörungen und außerdem die symptomatischen Psychosen auf epileptischer Grundlage.

Gewisse Formen der Epilepsie und zwar besonders die schon in früher Kindheit auftretenden und die mit gehäuften Anfällen einhergehenden bewirken eine tiefgehende Schädigung des psychischen Lebens, verursachen die sog. epileptische Charakterdegeneration, die alle Teilgebiete des psychischen Lebens be-

treffen kann. Auffallend ist die enorme Reizbarkeit schon auf leichte Anlässe hin. Der zornige Affekt wächst leicht ins Ungemessene und entlädt sich in schweren Wutanfällen und Gewaltakten in rücksichtslosester Weise. So empfindlich der Epileptiker gegen vermeintliche Schädigung und Zurücksetzung ist, so wenig nimmt er Rücksicht auf seine Umgebung, er wird krasser Egoist; seine Egozentrizität läßt irgend eine Selbstbeschränkung nicht zu, seinen Wünschen muß sich alles unterordnen; es entwickelt sich also hierin ein schwerer ethischer Defekt. Auffallend ist vielfach der Hang zum Lügen, oft ohne jedes erkennbare Motiv, weshalb Zeugenaussagen notorisch epileptischer Personen mit größter Vorsicht aufgefaßt werden müssen. Es beruht dies mit auf der intellektuellen Schädigung, die bis zum tiefsten Blödsinn gehen kann. Fast stets jedoch ist Vergeßlichkeit, geringe Urteilsfähigkeit, mangelhafte Reproduktionstreue, oft dabei Konfabulation festzustellen. Die Vorstellungen sind auf engen Kreis beschränkt, was sich bei wiederholten psychophysischen Versuchen mit demselben Reiz durch Einförmigkeit und Eintönigkeit der vielfach egozentrischen und religiösen Reaktionen klar erweist. Denn auch ein eigen übertriebener, schwächlich-religiöser Zug ist fast regelmäßig zu beobachten. Durch das vielfach vorhandene mißtrauische Wesen in Verbindung mit gesteigerter Reizbarkeit und dem Drang zu motorischer Entladung entstehen vielfach schwere Konflikte mit dem Strafgesetz, zumal wenn noch Genuß von Alkohol hinzukommt, wogegen Epileptiker fast stets intolerant sind. — Ein weiterer psychologischer, vielfach feststellbarer Zug, der sich aus

den erwähnten Zügen erklärt, ist die Weitschweifigkeit im Reden und Schreiben degenerierter Epileptiker (mangelnde Urteilsfähigkeit und Unmöglichkeit zur Durchführung von Zielvorstellungen), sowie ihre fortgesetzte hypochondrische Selbstbeobachtung, genährt durch die vielerlei Sensationen.

Die spezifisch-epileptischen transitorischen Bewußtseinsstörungen werden allgemein auch als Dämmerzustände bezeichnet und sind von großer forensischer Bedeutung. Schon bei der Betrachtung des gewöhnlichen epileptischen Anfalls sind im Beginn und am Schluß Zustände veränderten Bewußtseins zu beobachten, die Analoga der länger anhaltenden Zustände sind. Es treten vor und besonders beim Erwachen aus dem Anfallszustand eigenartige Zustände auf. Häufig bestehen Sinnestäuschungen, das Bewußtsein ist nur teilweise vorhanden, kehrt erst langsam wieder; in dem halb abwesenden traumhaften Zustand werden sinnliche Wahrnehmungen nur unklar aufgenommen und verarbeitet, öfters wohl auch wahnhaft umgedeutet, woraus die auch beim sonst Geistesgesunden gelegentlich nach dem Anfall auftretenden Gewalttaten und motorischen Erregungen sich herleiten dürften.

In das psychiatrische Gebiet gehören die prä- und postepileptischen Zustände, in denen der Zustand des Halbbewußtseins mit seinen motorischen Folgen längere Zeit andauert.

Derartige prä- und postepileptische Zustände ähneln vielfach bis zu einem gewissen Grade den bekannten funktionellen Psychosen, und so bildet sich durch häufiger wiederholtes Auftreten derartiger Zustände,

die wie melancholische, maniakalische oder Verwirrtheitszustände erscheinen, ein Krankheitsbild aus, das bei oberflächlicher Betrachtung, ohne Berücksichtigung der Epilepsie als Ursache, den periodischen Psychosen ähneln kann. So ist öfters zu bemerken, daß Psychosen, die von Ärzten als Fälle von periodischem Irresein bezeichnet wurden, sich einfach als Seelenstörungen auf epileptischer Basis entpuppten. —

Bekannt ist, daß nicht zu selten bei notorischen Epileptikern plötzlich einsetzende und meist auch ziemlich schnell verschwindende Zustände psychischer Alienation eintreten, ohne daß die schweren bekannten Krampferscheinungen hinzutreten. Da diese Zustände anscheinend an Stelle eines Krampfanfalles eintreten, werden sie als „psychisches Äquivalent" des epileptischen Anfalls bezeichnet („freistehende" Zustände).

Aber derartige, eigenartige und schnell verlaufende Alienationszustände werden auch bei Individuen beobachtet, die nur ganz vereinzelt Anfälle hatten, oder Zustände des petit mal oder spezifische Verstimmungen; es kommen wohl auch Fälle vor, bei denen die epileptische Anlage sich nur in Äquivalenten entlädt. Hier ist sorgfältigste klinische Analyse notwendig, um im speziellen Falle zu einem richtigen, wissenschaftlich begründeten Urteil zu kommen.

Wie das Bewußtsein im Anfall völlig aufgehoben ist, so zeigt es sich in den Dämmerzuständen stark getrübt. Der Kranke ist benommen, lebt oft in einem, vielfach durch Halluzinationen schrecklicher Art bedingten traumhaften Zustand (Delirium epilep.). Das Wesentliche und Charakteristische des Dämmerzustandes

ist die mehr oder weniger hohe Trübung des Bewußtseins.

Nicht allzuselten wird bemerkt, daß nach dem Anfalle der Kranke wohl eine dunkle Erinnerung hat, daß etwas Sonderbares vor sich gegangen ist, doch fehlt ihm für die Einzelheiten, oft auch für das Gesamtbild jede Erinnerung. Wie während des echten epileptischen Anfalls das Zentralnervensystem bis zum Fehlen der Reflexe (Pupillenstarre!) außer Tätigkeit gesetzt ist, so funktionieren auch während des psychischen Äquivalents und des epileptischen Deliriums die Ganglienzellen der Hirnrinde so wenig, daß sich in ihnen kein Erinnerungsbild für die Vorgänge während des Anfalls fixiert. Doch ist auch hier nochmals zu betonen, daß Amnesie kein unbedingtes Erfordernis ist. Sowohl nach dem epileptischen Anfall, wie nach dem Äquivalent kann eine mehr oder weniger große, auch ziemlich weitgehende Erinnerung bestehen.

Es muß entschieden betont werden, daß totale Amnesie nach einem Anfall oder Dämmerzustand durchaus nicht die Regel ist. Wohl aber findet die sachverständige Exploration oft eigenartige Lücken in der Erinnerung, oder „Inseln" des noch Bewußten, die auf die Veränderung des Bewußtseins hinweisen; vielfach sind es ganz gleichgültige, für die gerichtliche Beurteilung z. B. unerhebliche Punkte, für die jede Erinnerung geschwunden ist, während an die im Dämmerzustand begangene Tat noch gewisse oder genügende Erinnerung besteht. Gerade der Nachweis solcher anscheinend unerheblicher Momente ist für den Nachweis des psychisch-abnormen Zustandes von größter

Bedeutung. — Eine weitere Erfahrung ist, daß unmittelbar nach einer Dämmerhandlung die Erinnerung daran vorhanden sein kann und bald darauf völlig versinkt, so daß daraus, daß unmittelbar nach der Handlung ein Geständnis abgelegt war und der Betreffende von der Handlung später nichts mehr wissen will, ein Beweis für Vorliegen von Simulation, absichtlicher Falschangabe, nicht entnommen werden darf. — Oft ist bei Dämmerhandlungen das Verhalten insofern auffallend, als neben geordnetem, unauffälligem Benehmen einzelne mit diesem Verhalten im Widerspruch stehende Züge beobachtet werden.

Ein nicht allzu selten beobachtetes Symptom bei Kranken dieser Art in ihrer motorischen Erregung und unklaren Angstempfindung ist der triebartige Drang, weite Strecken ohne Ziel und Weg fortzulaufen, um sich bei der Wiederkehr des Bewußtseins in irgend einer für sie unbegreiflichen Lage wiederzufinden. Derartige Zustände sind bei Soldaten öfters beobachtet worden. Nicht zu selten ist bei jugendlichen Epileptikern der Trieb, Feuer anzulegen, zu bemerken.

Oft wird bemerkt, daß Epileptiker im Dämmerzustand gleichsam mechanisch oder automatisch Handlungen mehr gleichgültiger Art ausführen, die aber häufig genug ganz kompliziert erscheinen, sodaß der unbefangene Beobachter gar nicht ahnt, daß es sich bei dem betreffenden Menschen um einen Zustand schwerer Geistesabwesenheit handelt, während dessen der Betreffende durchaus unzurechnungsfähig ist.

Meist aber sind auch im Benehmen Auffälligkeiten wahrzunehmen, die Kranken sind mehr oder

weniger stuporös, aufgeregt, verwirrt, zerfahren, zerstreut, fallen auch gelegentlich dem Laien als verändert durch ihren leeren Blick, ihren starren Gesichtsausdruck auf. — Bei Wiederholung von Dämmerzuständen ist oft genug eine auffallende Gleichartigkeit der Handlungen festzustellen, z. B. stets wiederholtes Entlaufen in die Heimat, dieselben sexuellen Attentate usw. Ein Dämmerzustand schließt oft genug, ähnlich dem epileptischen Anfall, mit einem langen, tiefen terminalen Schlaf, aus dem die Kranken gesund erwachen, meist unklar über sich und die Vorgänge, mit dem dumpfen Bewußtsein des Ungewöhnlichen.

Wie erwähnt, werden außerdem bei Epileptikern noch symptomatisch andre Psychosen beobachtet. Bald sind Erscheinungen melancholischer Art, schwerster depressiver Verstimmung, zu bemerken, traurige Verstimmung, Versündigungsvorstellungen bis zum Selbstvernichtungstrieb, bald solche, die an Manie und Verwirrtheit in ihrer Erregung oder Benommenheit erinnern. Die Ähnlichkeit mit katatonischen Zustandsbildern stuporöser Art wurde früher schon erwähnt. Auch paranoische Gedanken werden geäußert. Vielfach, oft sehr intensiv und massenhaft treten Sinnestäuschungen schrecklicher Art auf, die wohl ihrerseits die Impulsivakte der Epileptiker bedingen. Häufig ist als Gemeinsames bei dergleichen Krankheitsbildern ein unsteter Zug des trieb- und sprungartigen zu bemerken. Während die Krankheitsbilder der funktionellen Psychosen ein meist längere Zeit sich gleichbleibendes Bild zeigen, entwickelt sich oft die epileptische Psychose resp. der einzelne Anfall derselben plötzlich,

unvermittelt und außerordentlich rasch zur vollen Höhe, auch in seinem plötzlichen, unvermittelten Anwachsen zur Höhe eine gewisse Parallele zum epileptischen Anfall und eine gewisse Verschiedenheit zum Auftreten funktioneller Psychosen ohne die neurotische Basis darbietend.

Vielfach sind die Kranken während des Anfalls motorisch sehr erregt und außerordentlich gewalttätig. Die am gewaltsamsten Tobenden sind Epileptiker. Doch ist diese Art von Tobsucht vor der bei andern Krankheitsformen auftretenden dadurch ausgezeichnet, daß jede Ideenflucht fehlt, schwere Benommenheit, Einschränkung des Bewußtseins und Unorientiertheit herrscht und die motorische Erregung nicht als Folge eines psychischen Vorganges, sondern primär bedingt, als Folge eines elementaren Dranges zum Wüten erscheint.

Werden die Kranken in diesem Erregungsstadium beobachtet, so ist meist eine deutliche Farbenveränderung im Gesicht zu konstatieren, zurückgehend auf die vasomotorischen Veränderungen, die ja für die Epilepsie allgemein bekannt sind. —

Die Diagnose eines epileptischen Zustandes wird gestellt auf Grund psychologischen und somatischen Symptomenkomplexes. Hierbei sei erwähnt, daß außer bei der genuinen auch bei der symptomatischen Epilepsie infolge organischer zerebraler Erkrankung Psychosen vom Charakter der genuin-epileptischen vorkommen. —

In psychologischer Beziehung weisen eine gewisse Stumpfheit, Mangel an schneller und scharfer Auf-

fassung, verringerte Assoziationsfähigkeit, Langsamkeit von Schluß und Urteil nebst eventuellen intellektuellen und ethischen Defekten auf die Erkrankung hin. Hierzu kommen die charakteristischen Zeichen epileptischer Psychose, schneller Krankheitsanstieg, Verwirrtheit, Benommenheit, elementarer motorischer Drang bis zu furibunder Erregung, Inkohärenz, oft terminaler Schlaf mit eigenartigem Erinnerungsdefekt. Hierzu treten dann noch somatische Krankheitszeichen hinzu.

Nach dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung können wir manchmal schon die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf epileptische Psychose stellen. Denn vielfach tragen die Kranken die Spuren ihrer früheren, ja fast stets plötzlich und unvermutet eintretenden Anfälle in Gestalt zahlreicher Narben am Kopf und vor allem an der Zunge, von Brandnarben (beim Fallen in offenes Feuer), von alten Brüchen des Nasenbeins oder anderer Knochen an sich.

Hierzu treten im psychotischen Zustand ein eigenartig gedunsenes Aussehen, Vortreten der Bulbi, starrmaskenhaftes Aussehen, das oft mit dem erregten Allgemeinverhalten kontrastiert, öfters Albuminurie, gelegentlich Pupillenveränderungen, meist nervöse Reizerscheinungen, fibrilläres Muskelwogen, einzelne isolierte Muskelzuckungen, Zittern und gesteigerte Sehnenreflexe. Bei graphischen Aufnahmen fällt oft auf, daß das Fingerzittern einen intermittierenden, an- und abschwellenden Charakter hat, mit einzelnen sich recht schnell folgenden krampfhaften Zuckungen. Die Kniereflexkurve mancher Epileptiker, namentlich im Dämmerzustand läßt die physiologische Bremsung der Pen-

delung vermissen, sodaß sie mehr der Kurve der Leiche gleicht, wo also nur rein mechanische Gesetze einwirken.

Die Diagnose einer epileptischen Psychose kann häufig schon allein aus der Art der Handlung, die zur Begutachtung vorgelegt wird — denn viele Fälle dieser Art sind ja gerichtlich — gestellt werden. Das Bild der vorliegenden Psychose reiht sich nicht ungezwungen in die bekannten Bilder der funktionellen Psychosen ein; es herrscht im Krankheitsbild ein unstetes Element vor; für die während des Anfalls vorgefallenen Handlungen besteht Amnesie, die entweder total oder partiell ist, und in diesem Umfang bei keiner andern geistigen Erkrankung auftritt. Während dieser Symptomenkomplex eine Psychose mit Epilepsie wahrscheinlich macht, beweist der anamnestische oder durch körperliche Untersuchung erbrachte Nachweis der Epilepsie oder epileptoider Zustände, — Krampfanfälle mit Verfärbung, Zungenbiß, Durchnässung etc. oder die kurzdauernden geistesabwesenden Zustände des petit mal — die Diagnose dieser Erkrankung.

Ebenso wie der Alkoholismus der Erzeuger vielfach in den Nachkommen noch als epileptische Anlage verderbenbringend wirkt, so ist oft der Alkohol wieder der Auslöser der Krankheitserscheinungen bei der epileptischen Veranlagung. Krampfanfälle und psychische Zustände werden häufig durch Genuß schon kleiner Mengen dieses Giftes hervorgerufen; viele Epileptiker sind absolut intolerant gegen Alkohol, kommen in einen „pathologischen Rauschzustand“, ohne eigentlich betrunken zu sein. Auch die sogenannte Dipsomanie

ist ja häufig nichts andres als ein epileptischer Zustand resp. dessen Folge.

Prognostisch müssen wir eine scharfe Trennung machen. Der zur Zeit bestehende Zustand geistiger Störung läuft meist vollständig ab, es tritt danach wieder völlige geistige Klarheit, sei es nun im Laufe von Stunden oder auch von Wochen ein. Aber die psycho- resp. neuropathische Anlage bleibt bestehen, und damit die Möglichkeit der Wiederholung des Anfalls. Als endgültigen Ausgang kennen wir epileptische Demenz, Exitus im Anfall oder an den Folgen eines solchen oder auch nach Heilung der epileptischen Anlage völlige geistige Wiederherstellung in der Minderzahl der Fälle.

Eine Behandlung der zugrunde liegenden neuropathischen Anlage nach den Regeln der inneren Medizin, also besonders mit den Brompräparaten, kann eine fundamentale Besserung demnach immerhin ermöglichen; namentlich psychotische Episoden auf Grund epileptischer Veranlagung werden oft durch lang fortgesetzte intermittierende Brombehandlung verhütet.

Von grundlegender Wichtigkeit ist dabei die dauernde und völlige Enthaltung auch der kleinsten Mengen alkoholischer Getränke (auch alkoholenthaltender Medikamente, Tropfen usw.!).

Eine stets wirksame sichere Behandlungsart des Status epilepticus, des gehäuften Auftretens epileptischer Krämpfe, in dem so häufig unter Auftreten hohen Fiebers unerwartet der Tod eintritt, ist noch nicht bekannt; wiederholte Gaben von mehreren Gramm Chloralhydrat mit Morphium wirken öfters dabei günstig.

Hysterische Psychosen.

Das hysterische Irresein ist eine psychische Erkrankungsart, die mit den epileptischen Psychosen viele gemeinsame Punkte aufweist.

In noch höherem Grade wie bei der verwandten Epilepsie, zeigen sich schon bei der einfachen Hysterie Zeichen krankhaft veränderten Seelenlebens. Der Charakter der Hysterischen ist durchaus unstät, mangelt der Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der gesunden Erwachsenen, bleibt mehr auf dem kindlichen Standpunkt stehen. Wir sehen die häufigen, nicht genügend begründeten Stimmungsschwankungen, ausgesprochenen Egoismus, oberflächliche, sprunghafte, unstäte Denkungsart, Lust zum Lügen und Fabulieren, die Sucht, sich auf alle Weise in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu bringen, sich „interessant“ zu machen, wobei sie sich sogar vor Selbstverletzungen nicht scheuen.

Die Hysterischen zeigen durchweg eine stark erhöhte Beeinflußbarkeit in jeder Beziehung; aus dem Wegfall von Hemmungen erklärt sich ihre eigenartig sprunghafte und unstäte Handlungsweise. Das, was wir mit „fester Charakter“ bezeichnen, fehlt eben dem Hysterischen durchaus; in ihrem Wesen zeigt sich vielfach ein kindisch-alberner Zug.

Wir beobachten gesteigerte reflektorische und affektive Erregbarkeit, ihre Vorstellungen werden ungewöhnlich schnell und stark in motorische und sensible Erscheinungen umgesetzt unter Ausfall der bei Gesunden notwendigen Ermüdungsgefühle. Die Eigenart hysterischer Sensibilitätsstörungen in ihrer Abgrenzung, nicht nach dem Verbreitungsgebiet sensibler

Nerven, sondern in Gliedabschnitten; die Kontrakturen, die ebenfalls nicht den organisch bedingten gleichen, sondern Erstarrung in der Bewegung einer willkürlichen Handlung sind und damit den Charakter des Nachahmbaren tragen, ist bekannt. Aber auch willkürlich nicht erregbare Nervengebiete zeigen bei psychogenen Neurosen Veränderungen — Ödeme, Herzerregbarkeit, Pulsveränderung, Zyanose, lokale Schweißabsonderungen, Blutungen u. a. m. —, die jedoch dadurch sich von organisch bedingten unterscheiden, daß sie infolge psychischen Reizes entstehen und psychisch beeinflußbar sind, auf psychischem Wege zum Verschwinden kommen. — Oft genug sind in den symptomatischen körperlichen Erscheinungen Hinweise auf die bei ihrer Entstehung mitwirkenden psychischen Momente gegeben.

Die Haltung eines nach Unfall hysterisch gewordenen Arbeiters ist z. B. die, welche er beim Fallen auf die Schulter einnahm, eine scharfe Adduktionskontraktur, die ohne Spur einer Ermüdung jahrelang in gleicher Weise besteht und vielleicht wieder als Schreckwirkung plötzlich verschwindet.

Wie der Epileptiker zeigt auch der Hysteriker bei der neurologischen Untersuchung eine Reihe abnormer Erscheinungen; der Hysteriker hat u. a. Fehlen oder Herabsetzung der Schleimhautreflexe, Erhöhung der Knochenhaut- und Sehnenreflexe, sensorische Störungen in Gestalt konzentrischer Gesichtsfeldeinengung, Geruchsaufhebung usw., sensible Änderungen, Hemian- und hypästhesie, lokale Schmerzunempfindlichkeit, Überempfindlichkeit hysterogener Zonen, ferner gesteigerte

Erregbarkeit der Hautgefäßmuskeln (Dermographie) und auch der willkürlichen Muskeln, Muskelwogen. Ferner Lähmungserscheinungen, Astasie-Abasie, Paraplegien.

Wie bei der Epilepsie bestehen auch bei der Hysterie Anfallszustände verschiedener Art. Große, langanhaltende Anfälle mit arc-de-cercle-Bildung, leidenschaftlichen Stellungen, ekstatischen Szenen, Lach- und Schreikrämpfe und Rudimente, die an das epileptische petit mal erinnern, aber sich alle dadurch unterscheiden, daß sie psychogen, durch seelische Erregung und Affekt entstehen, durch die auf sie gerichtete Aufmerksamkeit und das Interesse der Umgebung verstärkt werden, daß sie durch intensive seelische Einwirkung, einen Schreck, eine plötzliche Abkühlung oder Schmerz (Druck auf Unterbauchgegend z. B.) kupiert werden können.

Das hysterische Irresein, nach dem Hauptvorkommen der Neurose beim weiblichen Geschlecht ungleich viel häufiger als beim männlichen, tritt meist im jugendlichen Alter auf, häufig im Zusammenhange mit sexuellen Vorgängen. Doch ist Hysterie auch beim männlichen Geschlecht, namentlich am Ende des 2. und Anfang des 3. Jahrzehnts durchaus nicht so selten (Soldaten!). Ein scharf charakterisiertes Krankheitsbild läßt sich in kurzem auch hierbei nicht geben; wir finden allgemeine Zeichen psychischer Erkrankung, die mit Zügen aus der zugrunde liegenden Neurose gemischt sind.

Während einerseits entschieden krankhafte Zustände beobachtet werden, in denen die Zeichen der hyste-

rischen Charakteranlage wesentlich gesteigert sind, so daß wir sehr hohe Reizbarkeit und Unstätigkeit, raschen und unmotivierten Stimmungswechsel neben Verwirrtheit und Unorientiertheit beobachten, sehen wir andrerseits wieder Bilder, die mehr den funktionellen Psychosen ähneln.

Wir sehen im Anschluß an hysterische Krampfanfälle, aber auch ohne solche, Zustände von traumhafter halluzinatorischer Verwirrtheit, Dämmerzustände, Zustände von hochgradiger psychischer und motorischer Erregung. Ebenso werden Fälle bemerkt, in denen die gemütlichen Veränderungen vorwiegen, die besonders traurige oder ängstliche Verstimmung aufweisen; auch Wahnbildungen werden bemerkt. In der Verstimmung und Verzweiflung werden mehr oder weniger ernsthafte Selbstmordversuche gemacht, von manchmal etwas theatralischer Aufmachung.

Der Verlauf des Leidens ist höchst langwierig, erstreckt sich häufig über das ganze Leben hin.

Die Diagnose ist leicht, wenn zu den unstäten, wechselnden psychischen Erscheinungen noch die körperlichen Zeichen der Erkrankung kommen. Als solche Stigmata sind aus der inneren Klinik bekannt die erwähnten mancherlei Lähmungen oder Schwächeerscheinungen, Kontrakturen, Empfindungsstörungen (Hemianästhesie etc.) und Funktionsstörungen, wie hysterische Aphonie etc.

In den meisten Fällen können wir Familienanlage oder neuro- und psychopathische Belastung feststellen. Die Prognose des einzelnen Anfalls hysterischen Irreseins ist im allgemeinen gut; doch die zugrunde liegende

Krankheit ist schwer zu heilen und so die Möglichkeit häufiger Wiederholung mit dem Ausgang in geistige Schwäche gegeben.

Die Behandlung besteht schon in der Erziehung der belasteten Kinder, wie in der Erziehung der kranken großen Kinder durch gleichmäßig freundliches, ernstes Wesen des Arztes, zu dem der Kranke aufzublicken, dem er völlig zu vertrauen lernt. Körperlich gibt die hygienisch-diätetische Behandlungsweise uns die Anhaltspunkte. Medikamente wirken hier auf den Glauben der Kranken, ut aliquid fiat; Valeriana etc. sind als solche antihysterische Mittel ja bekannt.

Ruhe, Isolierung, Fernhaltung von Reizen, Übersehen der stürmisch aufgetragenen Symptome sind weiter notwendige Erfordernisse zur zweckmäßigen zielbewußten Behandlung Hysterischer.

---

4) Kretinismus, Idiotie, Imbezillität.

In dieser Gruppe werden die angeborenen oder in frühester Jugend erworbenen Seelenstörungen mit wesentlicher Beteiligung des intellektuellen Gebietes zusammengefaßt.

Die einzelnen Erkrankungsarten dieser Klasse sind nicht ganz scharf voneinander unterschieden, ihre Grenzen gehen zum Teil ineinander über; außerdem aber benennt noch ein Irrenarzt einen Krankheitsfall als Idiotie, den ein andrer als Imbezillität zu bezeichnen gewohnt ist.

Nur bezüglich der eigenartigsten der drei Störungen,

des Kretinismus besteht Gleichheit der Krankheitsauffassung. Die Kretins zeigen vielfach grobe Intelligenzdefekte neben körperlichen, eigenartigen, schon in der frühesten Kindheit auftretenden Schäden. In manchen Gebirgsgegenden, namentlich in denjenigen, wo der Kropf häufiger vorkommt, sind Kretins nicht selten.

Es scheint, daß die Entartung der Schilddrüse die wichtigste oder gar einzige Entstehungsursache bildet. Hierfür sprechen auch gewisse Erfolge der modernen Thyreoidinbehandlung, von der jedoch im allgemeinen abzuraten ist, weil eine wesentliche dauernde psychische Besserung doch nicht eintritt, dagegen öfters plötzliche Todesfälle beobachtet wurden. Bekannt ist ja ferner, daß auch das durch Schilddrüsenentartung hervorgerufene Myxödem gewisse charakteristische Zeichen geistiger Störung darbietet. Tatsächlich besteht auch beim Kretinismus stets mehr oder weniger stark ausgeprägtes Myxödem, das den oft starren Gesichtsausdruck bedingt; ferner bestehen konstant Veränderungen der Schilddrüse, entweder Atrophie bis zum völligen Schwund oder Struma.

Stets besteht Zwergwuchs bei ungefähr dem Alter entsprechender Tiefen- und Breitenausdehnung des Körpers, so daß schon bei der ersten Betrachtung ein grobes Mißverhältnis des Körperbaues ins Auge fällt. Nach neuerer Forschung beruht dies Mißverhältnis auf mangelndem Längenwachstum, indem die Knochen, bei häufig mangelnder Verwachsung zwischen Diaphyse und Epiphyse und oft auch in späterem Alter noch bestehendem Epiphysenknorpel, zu kurz sind. Doch sind hiervon die Schädelknochen ausgenommen, die

entwicklungsgeschichtlich andrer Entstehung sind; die Fontanellen bleiben lange offen.

Die Nasenwurzel, als Beginn des im Wachstum zurückgebliebenen Gesichtsskelettes, erscheint eingedrückt, zurückstehend. Am ganzen Körper verbreitet sehen wir, wie erwähnt, Myxödem, teigige, runzelige, in großen Falten gelagerte Haut.

Psychisch ist durchaus kein gleichmäßiges Bild vorhanden. Vielfach steht der Kretin auf der denkbar niedrigsten geistigen Stufe, „unter dem Tiere"; doch finden wir von da alle möglichen Abstufungen durch tiefen Blödsinn und Schwachsinn bis zum fast Normalen. Ein großer Teil der früheren Hofnarren bestand wohl aus Kretins. Doch sind die Zustände des Blödsinns und der schwereren Grade des Schwachsinns die häufigsten.

Vielfach bestehen ungezügelte, rohe Triebe niederer Art.

Die Sprache ist sehr oft lallend und stammelnd. Meist besteht seelische Stumpfheit und Unempfänglichkeit, körperliche geringe Widerstandsfähigkeit. Der Kretinismus ist vielfach eine Familienkrankheit. —

Neuere Forschungen haben die ungewöhnlich hohe Zahl von unehelichen Geburten bei späteren Kretins, auch den deletären Einfluß des Alkoholismus der Erzeuger dargetan. —

Bei der Idiotie sind die körperlichen Abweichungen nicht so hervortretend und für das Krankheitsbild charakteristisch; sie können im Krankheitsbild gelegentlich auch völlig fehlen. Die Idiotie entsteht durch Entwicklungsstörung des Gehirns im frühesten

Alter und bildet das letzte Glied der psychischen Entartung. Wir finden bei der Autopsie meist geringe Entwicklung des Gehirns, bedingt durch Hydrocephalus internus oder externus; sowohl Mikro- wie Makrocephalen finden wir unter den Idioten; ersteres durch vorzeitige Nahtverknöcherung, letzteres durch den Hydrocephalus verursacht.

Die meisten Idioten höheren Grades bieten demzufolge ein sogenanntes „blödsinniges Aussehen", bedingt durch die niedrige Stirn, die weit auseinander stehenden, blöde blickenden Augen, die oft platte eingedrückte Nase, den großen unschönen Mund, die oft großen und verbildeten Ohren und den abnorm gestellten Unterkiefer. Nicht selten sind noch andre körperliche Defekte, wie Hasenscharten, verkümmerte und verbildete Genitalien, schmächtige Glieder u. dgl., sowie Zurückbleiben in der allgemeinen körperlichen Entwicklung zu bemerken, und in $^1/_3$ der Fälle epileptische Krämpfe.

Bei den schwersten Graden von Idiotie kann von seelischem Leben nicht die Rede sein, sie stehen zweifellos psychisch unter den meisten Tieren, indem kein bewußtes Leben, keine Ichempfindung besteht. Diese Fälle von hohem Grade von Idiotie gehen meist in den ersten Lebensjahren zugrunde. Bei der nächst höhern Stufe sind aus den Bewegungen gewisse elementare Willensäußerungen und Ausdruck von Lust und Unlust, Abwehr unangenehmer Eindrücke zu entnehmen. Vielfach sind allerdings die Bewegungen rein elementarer Art, Ausdruck zentraler Hirnreizung. Wenn hierbei einzelne Sinneswahrnehmungen, Schall-,

Geschmack-, Gefühls- auch Gesichtseindrücke richtig gemacht werden, werden sie doch nicht im Gehirn festgelegt, bei Erneuerung des Eindrucks also auch nicht wiedererkannt. — Bei einer weiteren, höhern Stufe des Zustandes existieren sprachliche Äußerungen einfacher Art mit der Möglichkeit des Wiedererkennens von Sinneseindrücken, so daß allmählich die Umgebung gekannt wird. Eine Erziehbarkeit liegt noch nicht vor. Schon bei diesen tiefstehenden Idioten lassen sich erregte und stumpfe Arten in ihren Ausdrucksbewegungen unterscheiden.

Die stumpfen Idioten zeigen ein dumpfes, tatenloses Hinbrüten, das nur gelegentlich durch Wutausbrüche unterbrochen wird, sehr langsame Auffassung und ein mangelhaftes, meist nur für grobsinnliche Eindrücke ausreichendes Gedächtnis. Es fehlt ihnen die Gabe, aus der Fülle der einzelnen Sinneseindrücke das Wesentliche und Charakteristische zu abstrahieren, mehr als dies dem Kinde überhaupt eigen ist.

Bei den erregten Formen der Idiotie sehen wir eine planlose motorische Unruhe, einen häufigen, äußerlich nur sehr schwach begründeten Stimmungswechsel, eine mangelnde Gedankentiefe, dafür eine um so größere Oberflächlichkeit. In ihrem Handeln sind die Kranken oft unberechenbar und gemeingefährlich (Feueranlegen, Sittlichkeitsvergehen).

Diese schweren Schwachsinnsformen beruhen auf einem Stillstand der geistigen Entwicklung auf frühester Stufe; je nach dem Alter, in dem dieser Stillstand eintrat, sehen wir auch einen mehr oder weniger großen Gedankeninhalt, vom Zustand des kleinsten

Kindes bis zu dem des halbreifen Knaben. Es ist nicht, wie z. B. bei Paralyse und Epilepsie, eine völlige Zerstörung schon bestehenden Wissensschatzes bis zum völligen geistigen Tode. Hieraus erklärt sich auch die immerhin im gewissen Grade vorhandene, wenn auch geringe Bildungsfähigkeit leichterer Grade der Idiotie, sogen. Halbidioter.

Idioten leichteren Grades können durch geduldige sachverständige Erziehung und Ausbildung oft noch zu mehr oder minder brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft erzogen werden.

Eine sehr häufige Begleitkrankheit der Idiotie ist die Epilepsie, die sich in häufigen und schweren Anfällen äußert, wie erwähnt, in ca. $^1/_3$ aller Fälle.

Die leichteren Grade der Idiotie gehen unvermerkt in die Fälle von Imbezillität und diese über die Zwischenstufe der Debilität in die schon in der Breite des Gesunden liegenden Fälle von „schlechter Veranlagung“, „geringer Begabung“ etc. über.

Am wenigsten umschrieben ist der Begriff der Imbezillität. Während einzelne Irrenärzte leichtere oder mittelschwere Formen angeborener Intelligenzerkrankungen, die von andern noch als „Idiotie“ bezeichnet werden, in diese Klasse rechnen, wird von andern wieder, wie erwähnt, noch eine weitere Gruppe von leichteren Graden geistiger Schwäche, die übrigens gewöhnlich auch weniger die intellektuelle Sphäre betreffen, unterschieden, die Debilität.

Wie bei der Idiotie unterscheiden wir auch bei der Imbezillität stumpfe und erregte Formen. Es besteht ein im allgemeinen nur gradueller Unterschied

zwischen den noch als Idiot (bezl. Halbidiot) und den als imbezill bezeichneten Kranken.

Der stumpfe Imbezille zeigt geringe geistige Regsamkeit, mangelnde Aufmerksamkeit, Unfähigkeit zu regelrechter Schlußbildung, beschränktes Urteil, mehr oder minder starke Selbstsucht und teilnahmslose Stimmung, Interesselosigkeit an seiner Umgebung. Solche Kinder fallen in der Schule vielfach als Sonderlinge auf und werden vielfach geneckt, gehänselt und verspottet, so daß sich öfters in ihnen Verfolgungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen entwickeln.

Bei den erregten Imbezillen sehen wir außer der vielfach beobachteten gesteigerten motorischen Erregung, die sich in Unruhe, Unfähigkeit, an einem Platze zu bleiben, äußert, in psychischer Beziehung eine starke Oberflächlichkeit der Beobachtung, Unfähigkeit in die Tiefe zu dringen, das Wesentliche zu erkennen, starke Ablenkbarkeit der Gedanken. Vielfach ergehen sie sich in großartigen Plänen, ihre Reden sind schwulstig, hochtrabend, oft mit Schlagworten versehen; vielfach schmücken sie aus, lügen auch geradezu.

Auch sie zeigen vielfach ein unbegründetes Selbstgefühl, launenhaftes und geckiges Benehmen, sind leicht gereizt und verletzt.

Bei den moralisch Imbezillen, bei denen indessen fast ständig auch gewisse Intelligenzfehler nachweisbar sind, zeigt sich oft schon in frühester Kindheit ein auffallender Mangel ethischer Gefühle. Die Kinder zeigen eine wilde Freude an allerlei Tierquälereien, lassen keine Spur von Anhänglichkeit an die Verwandten erkennen, sind von erschreckender Selbstsucht

und Rücksichtslosigkeit. Ihre törichten Handlungen haben oft das charakteristische, daß sie ihnen selbst Schaden bringen.

Bei allen diesen Arten tritt häufig der psychische Defekt, die mangelhafte Seelenanlage, durchaus nicht ohne weiteres deutlich zutage.

Solche Kranke können bei oberflächlicher, zuweilen auch bei längerer Beobachtung einen durchaus normalen, hie und da sogar begabten Eindruck machen, sie können auch hübsche Talente für Poesie, Musik etc. aufweisen, und sind doch für das praktische Leben unbrauchbar. Es sind dies auffallende, sogenannte unbegreifliche Charaktere, die ihren Bekannten durch ihre Absonderlichkeiten, durch Abenteuerlichkeit, und Exzentrizität, durch auffallend leichten Stimmungswechsel, durch Hang zum Lügen etc. manches Kopfschütteln verursachen, bis schließlich einmal eine ihrer seltsamen Handlungen einem psychiatrisch geschulten Arzte bekannt wird, der dann ihren geistigen Defekt erkennt, und doch häufig genug den Angehörigen nicht begreiflich und glaublich machen kann. Leichteren Graden solcher Art psychischer Abnormitäten begegnet man im Gesellschaftsleben nicht allzu selten. Eben diese Formen werden als Debilität bezeichnet.

Manche dieser unglücklichen Naturen, die richtigerweise in eine Anstalt gebracht worden sind, wo sie von der störenden und aufregenden Berührung mit der Außenwelt verschont sind, benehmen sich dort so „vernünftig“, daß man oft, dem Drängen der Verwandten oder auch der Kranken selbst nachgebend, sie entläßt, bis sie wieder nach einer unbegreiflichen

Handlung, wie z. B. einem unmotivierten Selbstmordversuch, von neuem in die Anstalt eingeliefert werden.

Auch diese Krankheitsform ist natürlich, entsprechend der mangelhaften Seelenanlage, unheilbar. Doch sind durch bewußte Erziehung weit bessere Resultate wie bei der schwereren Form der Idiotie zu erzielen. —

Die Erkennung schwererer Grade der Imbezillität, die sich der Idiotie nähern, bietet wenig Schwierigkeit. Sie sind meist ihrer Umgebung schon als „Trottel“ usw. bekannt. Vielfach fallen sie schon in früher Kindheit durch eine gewisse Unselbständigkeit und Hilflosigkeit auf, schweres Begreifen von Reinlichkeit und Ordnung. Andre werden bald nach Aufnahme in die Schule als schwach erkannt, werden eventuell in eine Hilfsschule aufgenommen, um entsprechend ihren verringerten Fähigkeiten wenigstens so weit gefördert zu werden, um einen ihrer Anlage entsprechenden Platz im Leben ausfüllen zu können, während sie bei der allgemeinen Schulerziehung versagen, dem Unterricht nicht folgen können und einen Hemmschuh für die Ausbildung der Schuljugend bilden.

Bei andern wird der Defekt erst offenbar beim Heraustreten ins Leben, wenn es sich sozusagen um die Probe auf die Brauchbarkeit im praktischen Leben handelt. Das sind meist Kinder ruhigen Temperaments und guten Fleißes, die mechanisch einen den Schulanforderungen genügenden Wissensschatz erwerben und festzuhalten imstande waren. Auch hieraus geht hervor, daß es falsch ist, die Diagnose angeborener geistiger Schwäche nur auf Grund von Feststellung

mangelhafter Schulkenntnisse stellen zu wollen. Es können sowohl bei psychischer Intaktheit erhebliche Defekte im Schulwissen vorhanden sein, wie umgekehrt geistige Schwäche bestehen trotz vorhandener genügender Schulkenntnisse. — Auch bei diesen leichteren Graden von geistiger Schwäche werden mehr Einzelwahrnehmungen gemacht, fehlt vielfach deren Verbindung zu höhern Begriffseinheiten. So versagen Imbezille gewöhnlich bei Fragen, die Urteilsbildungen verlangen (Unterschiedsfragen!). Andre Imbezille zeigen Anomalien der Gefühle und Affekte, die wenig ausgeglichen sind; auf kleine Reize starke Reaktion, auf eine Bestrafung oder Rüge reagieren sie etwa mit Selbstmordversuchen, während sie Ereignissen, die tiefe Affekte auslösen sollten, wie z. B. Tod der Eltern, ohne Ergriffensein, fast wie fremde Zuschauer gegenüber stehen. Im Affektleben sind teils Steigerungen, Empfindlichkeit, Rührseligkeit, Zornmütigkeit, teils Herabsetzung wie Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Roheit zu finden. Letztere Züge werden besonders bei Fällen „moralischer Anästhesie" beobachtet.

Viele Imbezille sind abnorm beeinflußbar, zeigen hierin Züge, die an hysterische Neurose erinnern oder mit ihr kombiniert sind; aus solchen rekrutieren sich vielfach die Prostituierten.

Erwähnenswert ist, daß häufig und auf leichtere Ursachen hin auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwäche episodisch andre geistige Störungen, expansive und depressive, entstehen, daß vielfach das Seelenleben solcher Kranker ein beständiges Schwanken zwischen solchen leicht angedeuteten pathologischen Gefühlslagen

darbietet. Vielfach werden dabei unter lebhafter Angst und Sinnestäuschungen Verwirrtheitszustände mit starker Erregung beobachtet, die den epileptischen sehr ähneln können. Besonders leicht erscheint das Ausbrechen solcher akuter psychischer Erkrankung auf Grund des geschwächten und minderwertigen Seelenzustands bei Versetzung in neue ungewohnte Umgebung, bei der Stellung durchaus neuer Aufgaben, wie beim Eintritt des Rekruten in das Heer. —

Von den später auftretenden endogenen, degenerativen Verblödungsprozessen, dem primären Schwachsinn, müssen die Formen der angeborenen geistigen Schwäche getrennt werden. Bei der psychologischen Analyse zeigt sich, daß bei primärem Schwachsinn Reste von Schulkenntnissen vorhanden sind, die bei schwererem Grad angebornen Schwachsinns nicht hätten erworben werden können.

Wir sehen, daß bei den später ausbrechenden Schwachsinnszuständen der Kranke gebräuchliche und öfters gesehene Gegenstände, in einem Kinderbilderbuch z. B., stets erkennt und bezeichnen kann, während der an hochgradiger angeborener geistigen Schwäche Erkrankte kaum die Bezeichnungen für die alltäglichsten Gegenstände des Gebrauchs (Löffel, Hosen usw.) kennt und diese benennen kann (die Sprachfähigkeit selbst natürlich vorausgesetzt).

Hierzu treten beim primären Schwachsinn noch die Zeichen gemütlicher Stumpfheit und Leere, gelegentlich auch katatonische Symptome. —

5) Das alkoholistische Irresein.

Wie alle Nervengifte bei dauernder Anwendung eigenartige psychische Zustände hervorrufen — beim chron. Morphinismus sehen wir Schwächung der Intelligenz und Willenskraft, Schädigung des Charakters, rücksichtsloses Lügen, beim chron. Kokainismus außerdem noch schwere bedrohende Sinnestäuschungen und oft außerordentliche gewaltsame Handlungen —, so sehen wir in unsern Ländern diese am häufigsten durch den Mißbrauch des Alkohols entstehen.

Schon im gewöhnlichen Rausch, der akuten Alkoholvergiftung, sehen wir infolge der durch das Gift verursachten Erleichterung der motorischen Übertragung Zustände hochgradiger motorischer Erregung und psychischer Verwirrtheit bei verlangsamter und erschwerter Auffassungsfähigkeit. — Der chronische Alkoholgenuß, besonders das Schnapstrinken (Fuselöle), wirkt chronisch schädigend auf das Seelenleben ein.

Alle geistigen Funktionen erscheinen dabei herabgesetzt und geschwächt. Das Gedächtnis wird schwach, behält die Ereignisse nur in ungefähren Umrissen (juristisch wichtig!). Die Urteilskraft ist geschwächt, oft die Entstehungsursache mancherlei Wahngedanken der Beeinträchtigung und des chron. Eifersuchtswahns. Am auffallendsten ist aber die Veränderung des Charakters durch die völlige sittliche Haltlosigkeit und Verwahrlosung; nur noch ein Interesse lebt in dem gesunkenen Säufer, der Trieb zum Alkohol. Aller höheren Gefühle ist er bar. Dabei ist die Erregbarkeit des Alkoholikers bekannt; Streitigkeiten und Raufereien kommen vielfach vor.

Aber nicht nur der geistige Zustand leidet unter dem chronischen Alkoholmißbrauch, fast regelmäßig finden wir noch gewisse körperliche Veränderungen; so u. a. unregelmäßige, schwache Herztätigkeit als Zeichen der Herzverfettung, Appetitlosigkeit und vielfaches Erbrechen (besonders auch nüchtern) als Zeichen des chronischen Magenkatarrhs und der Entartung der Magen-Schleimhaut, Aszites und Herzhypertrophie als Zeichen von Lebercirrhose und Schrumpfniere. Infolge der mangelhaften Ernährung besteht fast regelmäßig Blutarmut und Hydrämie; die Arterien sind hart und geschlängelt. Das äußere Bild des Säufers ist ja bekannt genug. Die geringe Sorgfalt, die auf das Äußere gelegt wird, der wankende, breitbeinige Gang, lallende Stimme, Zittern der Zunge und Hände (namentlich beim Ausstrecken und Spreizen), die geröteten, triefenden, verschwollenen Augen, die Säufernase, das gedunsene Gesicht sind ja auch dem Laien bekannt. Dazu treten noch häufiger Kopfschmerz und Schwindel, allerlei neuritische Störungen und vor allem das Auftreten epileptoider und echter epileptischer Krämpfe. —

Das Delirium potatorum s. tremens ist eine durch verschiedenartige Ursachen hervorgerufene akute Psychose im Verlauf des chronischen Alkoholismus.

Es wird nie bei einer sonst nicht dem Alkoholgenuß ergebenen Person nach einem einmaligen Exzeß in Baccho z. B. beobachtet.

Das Delirium wird treffend als ein Traum im Wachen bezeichnet. Im Wachen erleben die Deliranten ihre merkwürdigen Erlebnisse, abenteuerliche Szenen, wie sie jeder Mensch aus lebhaften Träumen

kennt. Die Kritik der denkenden und urteilenden Vernunft schweigt bei diesen Wachträumen ebenso wie bei den gesunden Menschen im Schlafe. Das nach mehr oder minder lang bestehenden Prodromen erhöhter Erregbarkeit einsetzende Delirium charakterisiert sich durch eine mehr oder minder große Bewußtseinsstörung. Die Kranken sind zeitlich und örtlich meist völlig unorientiert, dabei häufig auffallend besonnen.

Die „Erlebnisse" der Deliranten in ihren Wachträumen und die Erzählungen davon beruhen zum Teil auf Sinnestäuschungen, zum Teil auf wirklichen äußern Eindrücken, die nur falsch aufgefaßt und im Sinne ihres Traumes gedeutet werden, auf einer ganz verkehrten Auffassung der Wirklichkeit; zum Teil aber sind die Erzählungen der Deliranten sicher auch nur rein Erdachtes; Gedanken, die während des Sprechens in ihrer Phantasie auftauchen, werden als Erlebtes erzählt und auch festgehalten. Eine fast regelmäßig beobachtete Erscheinung bei Deliranten ist die partielle Amnesie für einzelne Erlebnisse. Da hilft denn die Phantasie aus, um die zwischen den Erlebnissen klaffende Lücke auszufüllen.

Wohl niemals fehlen bei einem Alkoholdelirium Sinnestäuschungen; auch dem Laien ist bekannt, daß unter den Halluzinationen der Deliranten Tiervisionen eine große Rolle spielen (schwarze Mäuse etc.). Doch sind derartige Halluzinationen durchaus nicht pathognostisch (wenn auch charakteristisch) für das Alkoholdelirium, sondern kommen auch in andern Delirien, z. B. im Fieber, vor.

Die Sinnestäuschungen, die anfangs nur in der

Nacht, später auch bei Tage auftreten, betreffen alle Sinne. Im Gesichtssinn sind es meist kleine Gegenstände, Münzen, Flöhe, Käfer, Ratten, Mäuse, Katzen, Hunde, Schlangen, Würmer, die sich alle bewegen, oder große, meist konzentrisch vordringende Menschenmengen. Im Gehörssinn treten allerlei unklare Geräusche auf, ferne Musik, auch richtige Stimmen. Von großer Deutlichkeit sind oft die Halluzinationen des Gefühlssinns, bestehend in Ameisenkriechen, dem Gefühl von Spinnen und Käfern auf der Haut, die der Kranke emsig zu entfernen trachtet.

Von nicht geringerer Wichtigkeit als die Halluzinationen sind die Illusionen. Der Kranke hat Sinneswahrnehmungen, aber so undeutlich wie etwa der Gesunde in tiefer Dämmerung und deutet sie um, meist in grotesker Weise. Daraus erklärt sich die stets vorhandene Verkennung der Umgebung und die allgemeine Verwirrtheit und Unorientiertheit in örtlicher und zeitlicher Beziehung. Die letztere entsteht vielfach und besonders gegen das Ende des Deliriums dadurch, daß die Kranken die im Wachtraum rasch ablaufenden Ereignisse, für die sie meist eine ziemlich treue Erinnerung haben, sich zeitlich auseinanderlegen und dadurch wesentlich der Zeitrechnung vorauseilen müssen, da ihnen jedes gewohnte Zeitmaß fehlt.

Die Stimmung ist wechselnd, von der Farbe der Sinnestäuschungen abhängig; im Benehmen zeigt sich Unruhe, motorische Erregtheit (Flockensuchen, Geldsammeln, Wischen und Haschen) als Folge der Sinnestäuschungen, und große Schwatzhaftigkeit. Schlaf fehlt bis zur Wendung zum Bessern völlig; gegen Abend

pflegt die motorische und psychische Unruhe lebhafter zu werden.

Das Delirium wird meist durch einen terminalen, kritischen, tiefen Schlaf von langer Dauer beendet, nach dem die Kranken klar und großenteils amnestisch erwachen. —

Entsprechend den mannigfach gearteten Sinnestäuschungen werden von Deliranten vielfach Wahnideen geäußert, die indessen bei den wechselnden Vorstellungen und deren raschem Ablauf wohl öfters wiederkehren können, aber kaum jemals fixiert oder im Sinne eines Systems durchgebildet werden. Die Wahnideen der Deliranten bewegen sich vielfach auf sexuellem Gebiete, besonders die der ehelichen Untreue der Frau wird auffallend häufig geäußert.

Vielfach wähnen die Deliranten, in ihrer gewöhnlichen Beschäftigung (im Laden, Kutschbock, Bureau) begriffen zu sein mit der Eigentümlichkeit, daß die Tätigkeit ermüdend und erfolglos ist.

Von körperlichen Symptomen sind für das Delirium charakteristisch und konstant vorhanden: der Tremor alcoholicus, Fieber und Albuminurie. Letztere tritt meist erst während des Deliriums auf, erreicht oft beträchtliche Grade, ohne daß charakteristische morphologische Bestandteile im Urin zu finden wären, und verschwindet mit Ablauf des Deliriums wieder.

Das Delirium tritt häufig im Anschluß an körperliche Schädigungen wie Traumen und besonders an fieberhafte Erkrankungen bei Säufern auf, namentlich wenn dabei der gewohnte Alkoholgenuß ausgesetzt ist. Auch sonst bemerken wir, daß vielfach das Delirium

ausbricht, wenn dem Körper das gewohnte Gift nicht mehr zugeführt wird, wie bei Untersuchungsgefangenen z. B.

Deliranten sind in hohem Maße gemeingefährlich. Durch die vielfachen Halluzinationen und Illusionen, die sich auch in der motorischen Unruhe vieler Erkrankter ausdrücken, werden in ihrem traumartigen Zustande öfters sehr gewaltsame Handlungen bedingt. Deliranten müssen darum bis zum Ablauf der akuten Erscheinungen ganz genau beobachtet und bewacht werden, um nicht sich selbst und anderen Schaden zuzufügen.

Das einzelne Delirium hat im allgemeinen eine günstige Prognose. Im Laufe von 2 Tagen bis zwei Wochen läuft es meist ab; doch können die protrahierten Delirien sich auch über einen wesentlich längeren Zeitraum erstrecken.

Zu befürchten ist das Festhalten der im deliriösen Zustand aufgetauchten Wahnideen — mancher Fall von halluzinatorischer Paranoia bei Säufern dürfte sich so erklären — und ferner noch das nur zu häufig beobachtete Hinzutreten somatischer Erkrankungen, die bei dem geschwächten und widerstandslosen Körperzustand so oft zum tödlichen Ende führt (Säuferpneumonien). — Erwähnt sei, daß gelegentliche akute halluzinatorische Paranoiazustände bei Alkoholikern nicht nur im Gefolge, sondern auch anscheinend an Stelle des Deliriums vorkommen. Der chronische Alkoholismus führt zu unheilbarer Verblödung und verhältnismäßig frühem, oft durch interkurrente Krankheiten, denen kein Widerstand entgegengesetzt werden kann, oder durch gehäufte epileptische Anfälle bedingten Tod.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Manie, mit der das Gebahren der Deliranten in ihrer motorischen Unruhe und ihrer Ideenflucht große Ähnlichkeit haben kann. Hier entscheiden, außer der eigenartigen Färbung des Alkoholdeliriums, die körperlichen Symptome, die auf chronischen Alkoholismus hinweisen, also besonders Tremor und Albuminurie. Von der Paranoia unterscheidet sich das Delirium durch die Art und den Wechsel der Wahnideen. Mit der Paralyse haben viele protrahierte Delirien und alkoholischer Schwachsinn große Ähnlichkeit. Hier entscheidet, wenn nicht der chronische Alkoholismus und die leichteren Lähmungssymptome (eine leichte Sprachstörung, bestehend in Silbenstolpern und Lallen findet sich ja bei Deliranten häufig) das Delirium wahrscheinlich gemacht haben, der Verlauf der Erkrankung: beim Delirium im allgemeinen Wiederherstellung, bei der paralytischen Störung der progressive Verlauf bis zum tödlichen Ende. —

Kurz seien noch einige Formen psychischer Erkrankung skizziert, die auf dem Boden des Alkoholismus entstehen. Es sind dies die schon erwähnten Formen der Alkoholhalluzinose, des Eifersuchtswahns der Trinker, der Alkoholparalyse, der Alkoholepilepsie; ferner die als pathologischer Rausch und als Dipsomanie benannten Zustände und die Korsakowsche Psychose.

Die Alkoholhalluzinose entwickelt sich manchmal im Anschluß an ein typisches oder atypisches Al-

koholdelirium, wird charakterisiert durch Besonnenheit, äußerlich geordnetes Verhalten, lebhafte Sinnestäuschungen im akustischen Gebiet. Die Psychose erwächst auf Grund des chronischen Alkoholismus oft auf Grund mäßiger geistiger Schwäche, dauert oft lange Zeit und kann bei völliger Abstinenz völlig abheilen.

Mit ihr verknüpft ist vielfach der Eifersuchtswahn der Trinker, der vielfach auf Grund der die Frau verdächtigenden Stimmen entsteht und oft genug zu schweren Gewalthandlungen (Gattenmord!) bei äußerer Besonnenheit führt.

Auf Grund chronischen Alkoholmißbrauches entstehen ferner nicht selten polyneuritische Veränderungen, die das Bild der progressiven Paralyse wie erwähnt, darbieten können, aber die Möglichkeit der Heilung haben. Doch ist hierbei der geistige Verfall nie so stark wie bei den Spätstadien der Paralyse; deshalb ist große Vorsicht beim Aussprechen der Diagnose der Paralyse bei Alkoholisten nötig. — Ferner werden durch Alkohol bei Disponierten epileptische Zustände ausgelöst, die denen der genuinen Epilepsie durchaus gleichen können, die jedoch mit dauernder Abstinenz verschwinden. Besonders Fälle von Epilepsie in vorgerückterem Alter, bei denen keine auf organisches Cerebralleiden deutenden Symptome sich finden, sind stets verdächtig, auf alkoholischer Basis entstanden zu sein. —

Als pathologischen Rausch (besser „komplizierter“ Rausch) bezeichnet man einen psychisch abnormen Zustand, der durch akute Alkoholvergiftung entstanden

ist und sich vom Symptomenbild der gewöhnlichen akuten Alkoholvergiftung durch schwere psychische Symptome unterscheidet. Es treten dabei, oft nach geringer Alkoholzufuhr, schwere Bewußtseinstrübung, Angstaffekt, öfters ängstliche Sinnestäuschungen, hochgradige motorische Erregung auf mit Personenverkennung und Unorientiertheit. Die Verwirrtheit und Erregung hält auch nach Isolierung an, während der hochgradig Berauschte, der erregt ist, in der Ruhe gewöhnlich bald einschläft. Auch tritt beim gewöhnlich stark Berauschten nach einer Gewalthandlung meist schnell mehr oder weniger Ernüchterung auf, während dies beim komplizierten Rausch nicht der Fall ist. Meist schließt sich an diesen ein terminaler Schlaf mit starker Amnesie an. — Pathologische Rauschzustände treten meist nur bei psychisch-nervösen Individuen, die alkoholintolerant sind, auf, oft unter dem Einfluß körperlich und seelisch schwächender Momente, besonders aber bei larviert Epileptischen.

Letzteres ist auch bei der „Dipsomanie" der Fall, der Quartalstrunksucht, die eigentlich gar keine Form des chron. Alkoholismus ist. Es handelt sich meist um ruhige, solide Menschen, die plötzlich aus innerer Ursache Unruhe, Angst, Druckgefühl verspüren, zwangsartig den Drang zum Genuß oft großer Mengen geistiger Getränke zur Übertäubung ihrer Angstgefühle empfinden und ihm folgen, trotzdem sie von früher her die Schädlichkeit ihres Handelns kennen. Öfters erfolgt dabei tagelanges Herumtreiben in gewöhnlichen Kneipen ohne zu schlafen, bis nach terminalem Schlaf Ernüchterung, oft Niedergeschlagenheit erfolgt. —

Diese dipsomanischen Anfälle kommen meist periodisch wieder, zeigen durch motorische Begleiterscheinungen, durch das Auftreten gelegentlicher Anfallszustände und anderweitiger psychotischer Episoden an, daß sie meist ebenfalls Äquivalente der Epilepsie sind. Dies geht auch dadurch hervor, daß durch systematische Brombehandlung sich dipsomanische Anfälle verhüten und kupieren lassen. Gelegentlich werden jedoch auch dipsomanische Zustände im Beginn andrer periodischer Psychosen, depressiver und expansiver Art, beobachtet, wobei ebenfalls der subjektive Zwang zum Trinken ein Symptom der veränderten Stimmungslage ist. —

Ein eigenartiges Bild bietet die Korsakowsche polyneuritische Psychose. Sie entsteht nicht nur auf dem Boden des Alkoholismus, sondern wird nach einer Reihe von Schädigungen beobachtet, die polyneuritische Prozesse bedingen; es kommt jedoch der Korsakowsche psychische Symptomkomplex auch bei Fällen vor, wobei polyneuritische Symptome nicht nachweisbar sind. Das charakteristischste Symptom der Korsakowschen Psychose ist die Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörung. Das Jüngstgehörte und -Erlebte schwindet sofort aus der Erinnerung, so daß die Kranken z. B. dieselben Fragen hintereinander fortgesetzt stellen und nach der Beantwortung wieder fragen. Es ist die stärkste Störung der Merkfähigkeit, die bei den besprochenen Psychosen nachweisbar ist; dabei besteht gewöhnlich äußerlich Besonnenheit und Orientiertheit über die eigene Person. Die Erinnerung an die frühere Vergangenheit kann erhalten sein. Leichtern Formen der Korsakowschen Psychosen gleicht die Erinnerungs-

störung des Greisenalters. — Die neurologische Untersuchung ergibt in typischen Fällen Zeichen vielfacher Nervenentzündung von einfacher Druckschmerzhaftigkeit großer Nervenstämme bis zu schweren Atrophien mit Entartungsreaktion. — Der Ausgang ist vielfach ungünstig; es tritt nur in geringer Anzahl von Fällen völlige Wiederherstellung ein. —

Anhang: Die wichtigsten forensischen Bestimmungen.

1. Reichs-Straf-Gesetz-Buch.

§ 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

§ 56. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

§ 58. Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen.

2. Straf-Prozeß-Ordnung.

§ 56. Unbeeidigt sind zu vernehmen:

1) Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet oder wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben;

2) . . .

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde. Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 203. Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegen steht, daß derselbe nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist.

§ 298. Hatte ein Angeklagter zur Zeit der Tat noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet, so muß die Nebenfrage gestellt werden, ob er bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe. Dasselbe gilt, wenn ein Angeschuldigter taubstumm ist.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

§ 493. Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat in letzterem Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen.

3. Bürgerliches Gesetz-Buch.

§ 6. Entmündigt kann werden:

1) wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;
2) wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt;
3) wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

§ 104. Geschäftsunfähig ist:

1) wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;
2) wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur ein vorübergehender ist;
3) wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.

§ 1569. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andre Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

§ 1906. Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormund-

schaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

§ 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere wenn er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. —

Register.

Leipzig, Druck von Alexander Edelmann.